

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à
Pessoa e Família em situação de Lesão Vertebro-Medular no processo de
Transição dos cuidados hospitalares para a comunidade

Pedro Miguel Melo Faustino

Lisboa

2017

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação à
pessoa e família em situação de Lesão Vertebro-Medular no processo de
transição dos cuidados hospitalares para a comunidade

Pedro Miguel Melo Faustino

Professor Orientador: Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2017



Folha de pensamento

“Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”

Walter Hesbeen

Folha de Agradecimentos

À Ana Romãozinho pelo apoio, compreensão
e carinho permanente ao longo deste trajecto.

Folha de Siglas e Abreviaturas

ASIA - American Spinal Injury Association

CATR - Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias

CHLC - Centro Hospitalar de Lisboa Central

CRA - Centro de Reabilitação de Alcoitão

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEER - Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

HCC – Hospital Curry Cabral

MIF - Medida de Independência Funcional

LVM - Lesão Vertebro-Medular

OE - Ordem dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RFR – Reeducação Funcional Respiratória

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

UVM – Unidade Vertebro-Medular

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO:

Este relatório surge no âmbito do plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e foca-se na análise crítica e reflexiva das atividades realizadas em Estágio para o desenvolvimento das Competências Comuns e Específicas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER).

Pretendo evidenciar a importância das competências científicas, técnicas e humanas da enfermagem de reabilitação na prática de cuidados à pessoa com Lesão Vertebro-Medular e sua família, em que o EEER para além da prestação de cuidados generalizados desenvolve cuidados especializados de reabilitação, nomeadamente em processos de elevada complexidade como a transição dos cuidados hospitalares para a comunidade.

Desenvolvi as competências de acordo com uma prática reflexiva suportada por atividades desenvolvidas à luz de conhecimentos científicos adquiridos ao longo do curso de mestrado e da minha própria experiência profissional.

A LVM tem uma importância na sociedade pelas faixas etárias em que tem maior impacto e pela necessidade de cuidados especializados durante todo o processo de reabilitação. A mobilidade juntamente com os fatores familiares, sociais, psicológicos e pessoais são peças integrantes e inseparáveis na reintegração das pessoas com LVM na comunidade.

O EEER desenvolve intervenções que contribuem para o regresso à comunidade, com vista à melhoria da qualidade de vida e satisfação pessoal da pessoa com LVM e sua família, pela prática de cuidados de reabilitação assente no melhor conhecimento científico, desenvolvendo atividades dirigidas às necessidades identificadas, contribuindo para a otimização do processo de transição da pessoa com LVM e sua família entre o meio hospitalar e a comunidade

Palavras-chave: Processo de Transição, Lesão Vertebro-Medular, Enfermagem de Reabilitação, Comunidade.

ABSTRACT:

This report is part of the curriculum of the 7th Master's Course in Rehabilitation Nursing: Specialization Area in Rehabilitation Nursing at the Nursing School of Lisbon and focuses on the critical and reflexive analysis of the activities carried out in the Internship for the Development of Common and Specific qualifications for the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing.

I intend to highlight the importance of the scientific, technical and human skills of rehabilitation nursing in the practice of care for people with Spinal Cord injury and their family, in which the Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing, in addition to generalized care, develops specialized rehabilitation care, namely in complex processes as the transition from hospital care to the community.

I developed the skills according to a reflexive practice, supported by activities developed in the light of scientific knowledge acquired during the Master's course and my own professional experience.

Spinal Cord injury is important in society due the age groups in which it has the greatest impact and the need for specialized care throughout the rehabilitation process. Mobility along with family, social, psychological and personal factors are integral and inseparable parts in reintegrating people with Spinal Cord injury into the community.

The Specialist Nurse in Rehabilitation Nursing develops interventions that contribute to the return to the community, with a view to improving the quality of life and personal satisfaction of the person with Spinal Cord injury and his family, by practicing rehabilitation care based on the best scientific knowledge, developing activities directed to identified needs, contributing to the optimization of the process of transition of the person with Spinal Cord injury and his family between the hospital environment and the community.

Keywords: Transition Process, Spinal Cord Injury, Rehabilitation Nursing, Community.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1 - Desenvolvimento de Competências: um Percurso Transicional.....	15
1.1 - Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas segundo os objetivos definidos.....	16
1.2 - Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem	31
 2 – Avaliação.....	 47
2.1 - Aspetos positivos e negativos.....	47
2.2 - Avaliação do percurso formativo.....	49
 3 - Considerações Finais.....	 51

Bibliografia

Anexos

Anexo I - Escalas de Medida e Avaliação:

Escala de Braden para avaliação do risco de Úlceras de Pressão
Índice de Barthel
Escala de Morse
Escala de Glasgow
Escala de Lower
Escala de Deficiência ASIA
Escala de Medida de Independência Funcional
Escala de Tónus Muscular de Ashworth

Apêndices

Apêndice I - Scoping Review
Apêndice II - Projeto de Formação
Apêndice III - Jornais de Aprendizagem
Apêndice IV - Estudos de Caso
Apêndice V - Ação de Formação
Apêndice VI – Cronograma

INTRODUÇÃO

No âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação: Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação é apresentado o Relatório de Estágio como instrumento de avaliação final do percurso de desenvolvimento de competências ao longo do trajeto formativo efetuado em estágio no 3º semestre do curso. É objetivo deste documento a descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas ao longo do estágio realizado durante 18 semanas em dois locais: Equipa de Cuidados Continuados Integrados Cuidar+ - ACES Oeiras Oriental (ECCI) e Unidade Vertebro-Medular (UVM) – Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC).

Durante um período de seis anos da minha carreira profissional prestei cuidados no Serviço de Urgência do CHLC, onde era habitual o contato com a pessoa com Lesão Vertebro-Medular (LVM) do foro traumático e desde 2012 presto cuidados na Unidade de Saúde Familiar Monte Pedral, com uma metodologia de prestação de cuidados assente na família como alvo e parceira de cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) invocando dados do Ministério da Saúde refere-se ao trauma como um dos maiores problemas de saúde da sociedade atual pela incidência de mortalidade ou pelos resultados devastadores ao nível corporal, familiar, social e profissional na pessoa e família (OE, 2009). Por outro lado Menoita (2012) atribui à reintegração positiva na comunidade a associação de vários fatores como o suporte familiar, recursos da comunidade, recursos financeiros, localização geográfica e limites psicossociais da pessoa.

A congregação das minhas experiências pessoais e profissionais já descritas resultou neste interesse particular sobre o continuum entre o meio hospitalar e a comunidade.

A relevância do tema foi alvo de busca de evidência científica em duas fases. A primeira fase ocorreu entre Abril e Junho de 2016 para a realização da Scoping Review (Apêndice I), com a seleção de 4 artigos científicos na base de dados EBSCO. Mantive a mesma metodologia de pesquisa bibliográfica entre Janeiro

e Março de 2017 com a seleção 4 artigos científicos e quatro teses de mestrado.

Em ambas as fases foram consultados manuais de referência de enfermagem de reabilitação, livros, periódicos e os próprios apontamentos das unidades curriculares integradas no curso.

Da busca de informação sobre a temática da continuidade de cuidados emerge a identificação das áreas, que os próprios utentes referem como domínios, a desenvolver e a melhorar destacando-se a perícia dos profissionais de saúde, a transferência de informação e a coordenação entre cuidadores e utentes, como condições influenciadoras da continuidade de cuidados (Apêndice I).

A posição da LVM na hierarquia dos problemas de saúde destaca-se pelos efeitos devastadores ao nível psicológico, motor, respiratório, circulatório, sexual e eliminação na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2009) e na elevada incidência em Portugal pela sinistralidade rodoviária com uma taxa de incidência de LVM traumáticas na ordem dos 57,8 casos por milhão (Van Den Berg, Castellote, Mahillo-Fernandez, & De Pedro-Cuesta, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2009) posiciona o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação (EEER) num papel destacado nas atividades planeadas e executadas no seio das equipas multidisciplinares, no ensino e orientação da pessoa com LVM e família e na formação de novos enfermeiros. Para a OE (2011) o EEER concebe, implementa e monitoriza cuidados diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas apoiado num nível elevado de conhecimentos que lhes permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa. O EEER no seu papel avalia o potencial da pessoa com LVM, decide objetivos e intervenções de enfermagem para aumentar a capacidade da pessoa face aos problemas da imobilidade.

A OE (Ordem dos Enfermeiros, 2009) descreve um papel importante da continuidade do plano de reabilitação junto da pessoa com LVM e família após a alta hospitalar para a prevenção de complicações.

Pelos fatos apresentados podemos assumir que é essencial o desenvolvimento de conhecimentos e competências junto da pessoa com LVM e família que promovam a sua readaptação funcional e à capacitação dos seus cuidadores para o autocuidado de modo a melhorar a sua condição e qualidade de vida (Menoita, 2012).

O relatório pretende deste modo revelar o percurso efetuado ao longo do estágio para atingir o objetivo definido no Projeto de Formação (Apêndice II)

- Desenvolvimento de competências na área de reabilitação descritas no regulamento das Competências Comuns e Específicas do EEER, no cuidado à pessoa e família em situação de LVM em processo de transição.

O Projeto de Formação perspetivou uma prestação de cuidados ao longo do estágio em que as intervenções do EEER teriam como foco principal a otimização da **Transição** para o domicílio da pessoa com LVM e sua família no olhar da Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis.

Para Afaf Meleis o conceito central é a transição que as pessoas vivenciam em determinados acontecimentos da sua vida e a importância de compreender esse processo de transição e o papel que este representa no planeamento das intervenções nos cuidados de enfermagem (Petronilho, 2007).

O trabalho de Meleis (Afaf Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000) resultou da análise de situações de transição em saúde, produzindo uma teoria de médio alcance em que descreve tipos de transição, contextos de transição e indicadores de resultados esperados ao longo da experiência da pessoa numa única ou mais transições. É apontado na Teoria de Meleis (Afaf Meleis et al., 2000) que os processos de transição podem ser influenciados pelos enfermeiros, quando a sua prestação de cuidados é centrada na pessoa e nas suas necessidades.

A **LVM** é um acontecimento que pode provocar resultados devastadores e permanentes na pessoa e sua família posicionando os cuidados de reabilitação no âmbito de uma prestação de cuidados para *“um todo na sua relação com os conviventes significativos e a comunidade em que está inserida”* (Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

Ao longo do estágio a presença da **Família** foi constante, permitindo em contexto de internamento hospitalar preparar o regresso a casa desde o primeiro dia ou a atuar juntamente com o EEER e a pessoa com LVM como um grupo interfuncional na comunidade.

No binómio pessoa e família, o EEER compromete-se a utilizar técnicas e intervenções específicas de reabilitação, educar a pessoa e cuidadores, preparar para a alta pela continuidade de cuidados e para a respetiva reintegração na família e comunidade, com vista a proporcionar o direito à dignidade e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

A Ordem dos Enfermeiros invoca o “bem-estar e o **Auto-Cuidado**” como elementos essenciais de um exercício profissional de excelência (Ordem dos Enfermeiros, 2001), propondo como uma das categorias a desenvolver no contexto do Quadro de Referência para a conceção de indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem (Enfermeiros, 2004). De acordo com Ribeiro e Pinto (Ribeiro & Pinto, 2014) pela verificação de internamentos mais curtos e altas precoces é atribuído à família uma responsabilidade acrescida no autocuidado aos seus familiares dependentes. Perante este cenário emerge das competências específicas do EEER a planificação de intervenções com vista ao “auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e/ou incapacidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Para atingir os objetivos propostos no projeto e desenvolvimento de competências no domínio da reabilitação realizei um estágio de 18 semanas dividido em dois locais de estágio. O primeiro ocorreu nas primeiras 9 semanas na ECCI Cuidar+ e as restantes 9 semanas na Unidade Vertebro-Medular.

A ECCI Cuidar + é uma unidade integrada na comunidade que desenvolve a sua atividade à luz do Programa de Cuidados Continuados definido no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho. Encontra-se integrada na UCC Cuidar+ em equipa multidisciplinar e desenvolve atividades de reabilitação, readaptação e reintegração social.

Na ECCI lidei com a influência no plano de reabilitação na vertente pessoal, familiar e social na pessoa e seus cuidadores e desenvolvi a capacidade de identificar e analisar o potencial de cada utente para a construção de um plano

de reabilitação com o recurso às suas capacidades, ambiente, família e cuidadores. Integrei e mobilizei os conhecimentos adquiridos ao longo do curso para responder às necessidades da pessoa transferida do meio hospitalar, perante as limitações, dúvidas e barreiras existentes na comunidade.

A UVM localiza-se no Hospital de São José, hoje pertencente ao CHLC onde desde 1992 presta cuidados de saúde diferenciados na prevenção, tratamento e reabilitação às pessoas com lesão vertebral, com ou sem lesão medular.

Na UVM pela prestação de cuidados de reabilitação foi possível a identificação das necessidades da pessoa com LVM, avaliar o seu grau dependência e executar um programa de reabilitação individualizado com vista à alta hospitalar e integração da pessoa na comunidade.

Estes locais revelaram condições e experiências para implementar as minhas atividades em torno do tema **“Intervenções do EEER à pessoa e família em situação de Lesão Vertebro-Medular no processo de transição dos cuidados hospitalares para a comunidade”** procurando dar resposta a um problema identificado na minha prática profissional: a necessidade de desenvolver competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem especializados da pessoa em situação de transição para comunidade.

Em ambos os locais foi fundamental a identificação e envolvimento da família e cuidadores na construção e execução das atividades inseridas nos planos de reabilitação antes e após a alta.

O estágio buscou como meta o desenvolvimento de conhecimentos e aptidões apresentadas nas Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) nos seus quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais e das Competências Específicas especificadas no Regulamento das Competências Específicas do EEER (Ordem dos Enfermeiros, 2011a) com o auxílio do enquadramento dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos” (Ordem dos Enfermeiros,

2001) e pelo “Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação” (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Este relatório trata as fases de enquadramento da minha prática tendo sido iniciada no documento do Projeto de Formação que serviu de apoio a este presente documento. O Projeto de Formação tratou de descrever as várias etapas previstas a realizar ao longo do tempo do último semestre, desde a sua conceção, ao desenvolvimento e implementação. O relatório descreve as atividades planeadas e realizadas, a sua avaliação, resultados esperados e resultados obtidos, mediante uma concetualização e planeamento descrito no projeto de estágio.

A realização do estágio apoiou-se no princípio da prática reflexiva, visando o levantamento de problemas e sua resolução pela criação de julgamento crítico baseado na melhor evidência científica, como instrumento para o desenvolvimento pessoal e modelo de atuação em situações futuras (Tanner, 2006). Foi utilizada a minha própria experiência em estágio como ponto de partida para a aprendizagem pela reflexão da prática à luz do ciclo de Gibbs.

O relatório tem três capítulos, em que o primeiro coincide com esta introdução onde aborda os objetivos do presente documento, a sua relação com a natureza e âmbito da implementação do projeto e a própria estrutura do relatório. O segundo capítulo trata a descrição das atividades realizadas para o cumprimento dos objetivos propostos com uma análise crítica e reflexiva destas experiências e como estas permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências gerais e específicas do EEER. O relatório termina com uma avaliação reflexiva sobre os resultados obtidos e como estes contribuíram para a aquisição de competências, dificuldades encontradas, pontos positivos e negativos destas experiências e sugestões para a melhoria contínua da prestação de cuidados.

Este trabalho foi desenvolvido de acordo com o Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações fornecido pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), de acordo com as Normas APA e ISO 690 (NP 405).

1 - Desenvolvimento de Competências: um percurso transicional

A Enfermagem enquanto profissão extrai da análise das necessidades os ingredientes para a conceção, implementação e avaliação de planos de cuidados que visem minimizar as consequências na identidade, bem-estar e qualidade de vida da pessoa portadora de LVM.

Como objetivo de desenvolvimento pessoal e profissional surgiu uma necessidade particular de adquirir novos conhecimentos e competências que proporcionasse o desenvolvimento das minhas capacidades do ponto de vista de uma prática especializada e de excelência como a Enfermagem de Reabilitação.

Enfermagem de Reabilitação é definida pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2015) *“como a área de intervenção da Enfermagem, de excelência e referência, que previne, recupera e habilita de novo, as pessoas vítimas de doença súbita ou descompensação de processo crónico, que provoquem deficit funcional ao nível cognitivo, motor, sensorial, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade”*.

O enfermeiro especialista de reabilitação assume esta área específica da profissão concebendo, executando e avaliando os planos de intervenção dirigidos às necessidades das pessoas, pela tomada de decisão baseada na evidência científica desde a promoção da saúde, prevenção de problemas secundários, tratamento e reabilitação dirigido à maximização do potencial da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Pretendo descrever neste relatório o modo como ao longo da prestação de cuidados em contexto de ensino clínico desenvolvi atividades na promoção da reintegração na comunidade, na otimização da funcionalidade e capacidades da pessoa com LVM em transição para a comunidade.

Com o intuito de desenvolver as competências descritas pela OE no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem de Reabilitação defini objetivos, atividades e indicadores de avaliação que no contexto da prática de cuidados nos locais de estágio foram impulsionadores de uma aprendizagem e desenvolvimento pessoal das minhas capacidades pessoais e profissionais.

A realização deste relatório procura revelar o meu percurso de aprendizagem no alcance e desenvolvimento das competências específicas de enfermagem de reabilitação no campo humano, científico, técnico e social com o objetivo de cuidar da pessoa com deficiência física e/ou limitação da atividade e/ou restrição da participação e sua família ao longo do seu ciclo de vida e em todos os contextos da prestação de cuidados, particularmente pela promoção da saúde, autonomia, reinserção social e qualidade de vida, prevenção de complicações e otimização da funcionalidade da pessoa, colaborando nos processos de transição (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

1.1 - Descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas e competências adquiridas segundo os objetivos definidos

Em ambos os locais de estágio foi pertinente a realização de entrevistas com o EEER responsável pela unidade correspondente, pois em ambos os momentos foi transmitido a missão destas unidades, a sua organização humana e profissional e o modo como estas unidades se organizam para implementar programas de reabilitação na sua área de cuidados.

A ECCI preconiza um plano de reabilitação no domicílio em parceria com o utente e família executando cuidados de enfermagem de reabilitação e ensin角度 adequados às suas necessidades e contextos pessoais.

A ECCI enquadra-se na UCC Cuidar+ situada na freguesia de Queijas, prestando cuidados de saúde aos utentes da área geográfica de Algés, Carnaxide, Dafundo e Linda-a-Velha articulando-se com as suas unidades de saúde correspondente (UCSP Algés, UCSP Carnaxide, UCSP, Linda-a-Velha e USF Dafundo).

Tem contratualizada com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) uma carteira permanente de 25 utentes pertencentes à área geográfica de Queijas, Linda-a-Velha e Carnaxide. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação é realizada em contexto domiciliário, maioritariamente a utentes do foro neurológico, ortopédico, respiratório, demencial e paliativo, com diferentes graus de dependência.

A ECCI é constituída por 4 enfermeiros, dos quais três são EEER e uma enfermeira generalista. A unidade contempla a prestação de cuidados até 25 utentes em que cada enfermeiro é gestor de caso até ao máximo de 6 utentes.

Cada enfermeiro é responsável pela elaboração dos planos de cuidados, sendo os mesmos discutidos em reuniões quinzenais com a presença de médico, assistente social e psicóloga da equipa. A equipa de enfermagem da ECCI ainda preconiza uma reunião semanal para discussão e transmissão de informação dos vários utentes, para existir na equipa um conhecimento global de todos os utentes.

A prestação de cuidados é efetuada no domicílio, com a regularidade prevista pelo enfermeiro responsável, num horário 8-20h, dias úteis e fim-de-semana.

Os utentes são admitidos na ECCI provenientes da referenciação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que pode ter sido despoletada a nível hospitalar decorrente de um internamento ou de umas das unidades de cuidados de saúde primários da área. Esta referenciação obriga sempre a um trabalho de análise do médico, assistente social e enfermeiro das respetivas unidades. A referenciação é posteriormente avaliada pela Equipa Coordenadora Local (ECL), cuja composição também engloba enfermeiro, médico e assistente social e é esta equipa que, em representação da ARS LVT, admite ou não os utentes nas equipas prestadoras de cuidados da RNCCI, como a ECCI.

Os utentes que ingressam na ECCI são portadores de uma variedade de patologias sendo as mais comuns o AVC, Esclerose lateral Amiotrófica, Esclerose Múltipla e status pós cirurgia ortopédica.

O segundo local de estágio ocorreu na UVM sendo esta uma unidade de referência para a pessoa com LVM.

É composta por 15 camas de internamento para utentes da área de abrangência do CHLC (Lisboa, HGO, HVFX, unidades hospitalares da ARS Alentejo, Açores e Palop – São Tomé, Cabo-Verde e Guiné). A equipa de enfermagem é composta por 21 enfermeiros dos quais 7 são EEER. Três dos EEER prestam cuidados em horário fixo da manhã e os restantes realizam a prestação de cuidados em horário de turnos. A organização da prestação de cuidados é por enfermeiro responsável, não existindo um tempo próprio ou organização da prestação de cuidados delimitada para enfermagem de reabilitação. Assim sendo, os EEER prestam cuidados de enfermagem de reabilitação nos tempos disponíveis entre os cuidados generalizados e nos tempos em que são responsáveis pela formação de alunos de enfermagem de reabilitação.

Objetivo 1 - Integrar e interagir de forma gradual com as equipas dos locais de estágios

Determinei para a minha integração na ECCL e UVM as três primeiras semanas de cada estágio. Antecipadamente ao início de cada ensino clínico foi efetuada uma visita a cada local de estágio para apresentação pessoal ao responsável de cada uma das unidades e realizar uma entrevista com apoio de guião (Apêndice II) onde me foi dado a conhecer a constituição de cada equipa multidisciplinar e a dinâmica de atuação da equipa de enfermagem na estrutura funcional da organização.

A apresentação formal pelos enfermeiros orientadores dos serviços e de todos os seus colaboradores das equipas permitiu a perceção das intervenções dos EEER das equipas, a função de cada um e as suas características pessoais. Recolhi a informação sobre a composição das equipas, recursos humanos e materiais dos serviços. A observação das atividades e o esclarecimento de dúvidas pelos EEER orientadores revelou-se fundamental para a realização das atividades propostas no projeto.

As semanas iniciais de cada estágio mostram os EEER como elementos dinamizadores de atividades de autoiniciativa, com influência direta nos planos de cuidados dos utentes do serviço e um papel dinamizador na ligação e comunicação entre todos os profissionais da equipa multidisciplinar.

Observei a dinâmica das relações entre os próprios EEER, a forma como se organizam para a realização das atividades propostas nos planos de cuidados individualizados de cada utente. Na ECCI o EEER está inserido numa equipa multidisciplinar observando-se uma importância destacada no julgamento crítico deste na elaboração dos planos de cuidados do utente referenciado e é de acordo com os diagnósticos elaborados pelo EEER que os restantes profissionais assentam as suas atividades.

Na UVM o EEER está inserido na equipa primariamente como enfermeiro generalista, desenvolvendo as suas competências específicas de enfermagem de reabilitação em momentos alternados. A atividade de enfermagem de reabilitação é executada maioritariamente junto com os utentes no âmbito da formação dos alunos de enfermagem de reabilitação. Também existe uma colaboração dinâmica e proveitosa com os fisioterapeutas, pela programação das atividades de reabilitação em que se organiza o tempo de cada um atuar junto do utente, que atividades são realizadas por cada profissional ou em conjunto.

O EEER na UVM é um profissional de referência nas atividades específicas a desenvolver junto da pessoa com LVM coordenando o tempo das atividades junto dos seus colegas ou outros profissionais. Também são os responsáveis pela execução da avaliação da LVM pelas escalas da American Spinal Injury Association (ASIA) e Medida de Independência Funcional (MIF) (Anexo I) ao longo do internamento e pela realização da carta de transferência (Anexo IV) para os centros e serviços de reabilitação.

Ambos os serviços têm recursos materiais para a execução da atividade específica de reabilitação, como bolas, bastões, pesos, andarilhos e cadeira de rodas.

Foram consultados os documentos de apoio dos locais de estágio como manual de procedimentos, manual de atividades, documento reguladores (circulares informativas e normativas da Direção geral de Saúde, Decretos-Lei,

ofícios internos). Tomei conhecimento dos protocolos de atuação entre unidades de saúde, os projetos em vigor ou em elaboração e os indicadores previstos para monitorização da atividade dos serviços.

Estes documentos são componente essencial para conhecer e entender a organização e comportamento das equipas de saúde desde os seus objetivos, tipo de liderança, estratégias e procedimentos adotados na prestação de cuidados.

Com a observação, interação e busca de informação identifiquei os elementos constituintes das equipas, as suas categorias profissionais e respetivas funções na equipa. O EEER acumula diversos papéis destacando-se a própria coordenação das equipas, prestação de cuidados a pessoas com necessidades especiais, assessoria aos enfermeiros generalistas no âmbito da orientação dos planos de cuidados e formação de novos EEER. Também é responsável pela avaliação dos critérios para alta clínica no âmbito da ECCI.

A integração nas equipas dos locais de estágio permitiu a participação na passagem de informação relevantes para a prestação de cuidados, como reuniões formais e informais e passagens de turno, que eram complementares à conceção ou reformulação dos planos de cuidados de reabilitação.

Independentemente do modelo organizativo das equipas, constatei que a prestação de cuidados assenta no trabalho de equipa e maturidade profissional, em que os resultados obtidos partem da construção de planos de cuidados orientados para o utente e família (Hesbeen, 2001).

Objetivo 2 - Conceber planos de cuidados com vista a planear um processo de transição que consiga gerar qualidade de vida e integração social à pessoa com LVM

Na ECCI o modelo de prestação de cuidados é o de enfermeiro responsável em que este realiza as visitas a um grupo definido de utentes sendo o responsável pela elaboração do plano de intervenção de cada um deles. São realizadas reuniões quinzenais para discussão dos planos de cuidados em equipa multidisciplinar. Participei em visitas iniciais para apresentação da equipa, do seu funcionamento, regras e descrição dos seus cuidados. Também

foram realizadas visitas com acompanhamento médico para avaliação clínica regular em que é discutido com os utentes e família a evolução clínica do utente.

Na UVM o modelo de prestação de cuidados também é o de enfermeiro responsável, em que este acompanha o mesmo grupo de utentes mas apenas durante o turno. O grupo de utentes varia de acordo com o horário e pode diferir de turno para turno.

Constatei na ECCI que a responsabilidade de um grupo definido de utentes num espaço temporal alargado, a realização de planos de intervenção personalizados, a participação nas reuniões multidisciplinares, reuniões informais com EEER orientadora e consulta de processos clínicos permitiu desenvolver um olhar mais abrangente do utente, das suas necessidades, da sua evolução ao longo das visitas e os resultados esperados ou obtidos.

Os planos de intervenção contemplam a participação da família e/ou cuidador, sendo a participação destes essencial no processo de transição do utente na sua fase aguda para a fase do processo de reabilitação proposto.

Particpei na análise de referenciações hospitalares de utentes propostos para a ECCI e colaborei na visita domiciliária a estes para um conhecimento pessoal, avaliação, planeamento e execução de programas de reabilitação.

Na conceção de planos de intervenção procurei a participação da família e/ou cuidadores, para além de prestar todos os esclarecimentos a dúvidas e questões colocadas.

Procurei nos planos de intervenção refletir uma preocupação pela continuidade de cuidados, sendo estes individualizados para a pessoa consagrando simultaneamente a vertente holística. É descrito nas competências específicas do enfermeiro de reabilitação que este "concebe planos de intervenção (...), " com vista à promoção do auto-cuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (internamento/domicílio/comunidade) (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

O contato com a pessoa com LVM e sua família permitiu o desenvolvimento na elaboração e planejamento de cuidados para um vasto número de alterações nas Atividades de Vida Diária (AVD). A intervenção do EEER torna-se essencial num processo de transição brusco como o acontecimento de uma LVM, pelas inúmeras mudanças a nível físico, social e comportamental e no fim na própria identidade da pessoa.

Ao longo do estágio colaborei em parceria com os EEER orientadores na conceção e execução de planos de reabilitação, que de acordo com o local de estágio e pessoa eram gerados no âmbito da metodologia de um processo de enfermagem como descrito nos Estudos de Caso (Apêndice IV). A discussão de cada plano de reabilitação ocorria diariamente antes da execução das atividades e com uma avaliação conjunta semanal.

A conceção de um plano de reabilitação emerge da própria linha de construção de um processo de enfermagem pela colheita exaustiva de dados da pessoa e família nas várias fontes possíveis (pessoa, família, diários clínico, informação hospitalar), o levantamento das necessidades com recurso a instrumentos de avaliação (Anexo I), formulação de diagnósticos de enfermagem, planejamento de atividades e por fim a própria avaliação dos resultados obtidos.

Objetivo 3 - Prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados que promovam uma transição saudável à pessoa com LVM

Com o objetivo de adquirir e desenvolver as competências descritas pelas OE foram delineados e executados planos de prestação de cuidados de reabilitação à pessoa e família em processo de transição que procuraram a maximização da funcionalidade, melhoria da sua qualidade de vida em todos os ciclos de vida e contextos da prática de cuidados. Foi também objetivo promover a pessoa para uma reinserção e reenquadramento na sociedade. Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000, p. 168) considera que o sucesso desta reinserção após a alta, resulta da própria intervenção hospitalar e das intervenções ao longo do internamento.

Na comunidade foi possível enquadrar os cuidados de reabilitação na pessoa em processo de transição saúde-doença do contexto neurológico, neurodegenerativo, motor e sensorial.

Estas atividades foram avaliadas e monitorizadas com recurso a instrumentos de avaliação como a Escala de Glasgow, Escala de Asworth, Escala de Lower, Escala de Braden, Índice de Barthel e o Exame Neurológico (Anexo I). Estes instrumentos tornaram-se imprescindíveis para a sinalização de necessidades e aspetos mais importantes que um plano de intervenção deve focar.

Nas 18 semanas de estágio foi possível, no âmbito dos planos de reabilitação, implementar e desenvolver as técnicas de enfermagem de reabilitação do foro da reeducação motora, reeducação respiratória e eliminação.

As técnicas e sua execução inseridas nestes planos visaram a melhoria da capacidade funcional, resolução de problemas ou prevenção de complicações. Das intervenções efetuadas ao longo de 18 semana de estágio destaco:

- Auscultação pulmonar

- Reeducação Funcional Respiratória:

 - Consciencialização/Controlo da respiração;

 - Expiração com os lábios semi-cerrados;

 - Ensino das posições de relaxamento e descanso;

 - Reeducação diafragmática;costal, global e seletiva;

 - Tosse dirigida e/ou assistida.

- Ciclo Ativo de Técnicas Respiratórias (CATR):

 - Respiração diafragmática;

 - Exercícios respiratórios com ênfase na inspiração;

 - Técnica da expiração forçada;

 - Manobras de compressão, percussão e vibração.

- Mobilizações articulares e de fortalecimento muscular:

Passivas, ativas/assistidas, ativas e ativas/resistidas.

- Posicionamentos terapêuticos no leito:

Decúbito Dorsal;

Decúbito Lateral (Esq. e Dir.);

Decúbito Ventral;

Decúbito Semi-dorsal (Esq. e Dir.);

Decúbito Semi-ventral (Esq. e Dir.).

- Treino de marcha com dispositivos de apoio (canadianas, andarilho).

- Treino de subir e descer escadas com canadianas.

- Treino de equilíbrio estático e dinâmico:

Flexão anterior do tronco;

Flexão lateral do tronco; oscilação de peso;

Avião;

Push up's.

- Transferência com e sem tábua:

Cama/cadeira de rodas;

Cadeira de rodas/cama.

- Treino de AVD:

Higiene;

Vestir/despir;

Alimentação;

Eliminação.

- Treino intestinal e esvaziamento vesical.

Objetivo 4 - Descrever os recursos existentes na comunidade

A preparação da alta para a comunidade inclui variáveis como a melhoria da capacidade funcional, competências em satisfazer as suas AVD, informação da sua condição e a disponibilidade e acesso aos recursos da comunidade. É frequentemente referida a dificuldade na comunicação e interação com os parceiros da comunidade. Estes recursos podem facilitar a transição organizacional do utente com LVM.

A ECCI recorre aos parceiros existentes na comunidade para facilitar a reinserção da pessoa em transição do meio hospitalar para a comunidade, articulando-se com os recursos humanos e materiais existentes. É frequente a articulação com os colaboradores das juntas de freguesia, como os assistentes sociais ou com as funcionárias das várias associações prestadoras de serviços domiciliários existentes. Esta articulação passa pela resolução de conflitos, avaliação de problemas de saúde, educação para a saúde e ainda funcionar como elo de ligação entre os vários profissionais e unidades envolvidas na prestação de cuidados e serviços ao utente e família.

Existe nestas unidades e associações da comunidade material de apoio como andarilhos, canadianas, cadeira de rodas, colchões de pressão alternada que permite a adaptação da pessoa durante a transição para a comunidade.

Ao longo do estágio na comunidade tive a oportunidade de contactar proximamente com a RNCCI pois é nesta que a ação de intervenção da ECCI está enquadrada. A equipa de enfermagem da ECCI tem uma relação quase familiar com os colaboradores das equipas de cuidadores da comunidade (instituições religiosas, Segurança Social, SCML) e um conhecimento alargado das necessidades em saúde dos seus utentes.

Partindo da minha experiência profissional e do desenvolvimento profissional ao longo do estágio na ECCI desenvolvi uma Ação de Formação (Anexo III) para a equipa de enfermagem da UVM que incidiu na apresentação e descrição da RNCCI. Esta ação de formação contemplou a referenciação multidisciplinar para a RNCCI e a importância da intervenção do EEER na descrição e levantamento das necessidades da pessoa com LVM e da sua

reabilitação na transição para as unidades da RNCCI.

Constatei que tanto na ECCI como na UVM as respostas dadas à pessoa e família pelo sistema de saúde nem sempre acompanham as suas necessidades. Na ECCI o reinternamento neste serviço é um acontecimento comum por falta de apoios sociais ou ineficácia dos seus cuidadores. As transições do tipo saúde-doença, onde ocorre uma mudança repentina do estado de saúde e transicionais, pela integração repentina num ambiente hospitalar ou num regresso a casa, acrescentam uma complexidade aos cuidados de reabilitação (Afaf Meleis et al., 2000). Para Hesbeen *“o valor de uma equipa manifesta-se pela capacidade que os diferentes prestadores de cuidados desta equipa têm para, com os recursos de que dispõem, articular os meios de modo a oferecerem à população uma verdadeira combinação de competências”* (Hesbeen, 2001).

Objetivo 5 - Ampliar conhecimentos científicos e técnicos da prestação de cuidados à pessoa com LVM

A pessoa com LVM é portadora de várias limitações de acordo com o nível da lesão existente e estas derivam de alterações na mobilidade que por sua vez influenciam o autocuidado no posicionamento, higiene e na própria movimentação. Ocorre limitações na função da eliminação intestinal e vesical com a incapacidade do controlo destas funções e ainda a nível da sexualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A técnica de posicionamentos na pessoa com LVM foi um dos meus interesses pois pelo posicionamento correto ou mais adequado estimulava a participação e colaboração do utente. Foi compreendida a importância no treino e ensino de posicionamentos para outras técnicas como alternância de decúbitos, rotação e posição de sentado.

É assumida a importância deste treino para a diminuição de risco de úlceras de pressão sendo transmitido à pessoa com LVM e família como uma das complicações mais suscetíveis de ocorrer.

De forma paralela existiu o trabalho de mobilizações passivas, ativas-assistidas, ativas e ativas-resistidas. O trabalho desenvolvido nestes momentos com o utente pode alcançar objetivos de melhoria articular e/ou fortalecimento muscular e exigiu um aprofundamento teórico e técnico pois cada mobilização implica domínio na técnica e saber integrar este cuidado de reabilitação ao próprio utente. Usualmente no treino de mobilizações é incorporado os exercícios de reeducação funcional respiratória com ênfase para a dissociação dos tempos respiratórios, como objetivo de melhoria da função cardiovascular e respiratória (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Na sucessão do trabalho de posicionamentos e mobilizações foi realizado o treino de equilíbrio com recurso à transferência para cadeira de rodas, cadeirão e cadeira de banho, com tábua de transferência ou outros produtos de apoio como o elevador.

Em todos os momentos é destacado à pessoa com LVM e família a importância da segurança, da correta posição e alinhamento dos segmentos corporais.

Na posição de sentado foi possível executar e treinar exercícios de fortalecimento muscular como os push-up, essenciais para alternar e aliviar pressão originada da posição sentado. O treino de equilíbrio estático e dinâmico foi executado na posição sentado pela realização de exercícios como rotação do tronco, abertura de braços e apanhar objetos do chão.

A função da eliminação é tratada a vários níveis pela importância que esta tem no futuro no regresso à vida familiar, social e profissional. Desde o primeiro dia de internamento o EEER aborda esta atividade pela monitorização da ingestão alimentar e hídrica e avaliação do tipo de disfunção urinária e intestinal para adequar as estratégias de intervenção no âmbito da enfermagem de reabilitação.

Ocorreu a necessidade de ampliar os conhecimentos sobre os produtos de apoio existentes, não só pela oferta existente hoje como na necessidade de adaptação destes produtos às características individuais da pessoa com LVM e família, como as suas condições financeiras, habitacionais e comunitárias. Foi necessário a demonstração e correta utilização dos produtos facilitadores de

atividades (tábua de transferência, cadeira de rodas, maca-banheira) para as transferências, higiene, vestir e despir.

Pela utilização de produtos de apoio como a cadeira de rodas teve necessidade de refletir na identificação de barreiras para cada utente e auxiliar nas estratégias para encontrar soluções para ultrapassar estas barreiras.

Foram vários os recursos para o acesso e ampliação de conhecimentos científicos. Mantive o recurso a fontes primárias como manuais de referência da área de enfermagem de reabilitação, artigos de investigação e monografias disponibilizados na biblioteca da ESEL. Ao longo do estágio acedi também a fontes secundárias como revisões da literatura com o objetivo de ganhar informação específica e recente sobre determinado assunto.

Objetivo 6 - Preparar para a alta da pessoa com LVM com articulação aos recursos da comunidade

A preparação para a alta é iniciada no momento de admissão pela exaustiva recolha de dados da pessoa com LVM e família. Esta informação vai iniciar o processo de reabilitação e torna-se essencial para planear a integração futura da pessoa com LVM na comunidade ou na passagem para um centro de reabilitação.

A principal atividade para atingir este objetivo incidiu na utilização da rede de comunicação, que no caso de ser inter-hospitalar é a própria plataforma de registo que garante que toda a informação é transferida de forma clara e correta. Para um centro de reabilitação é incluída uma carta de alta com avaliação da MIF (Apêndice IV) que transmite todos os cuidados de reabilitação em vigor como a própria evolução do programa de reabilitação ao longo do internamento.

A alta pode englobar saída para a casa da pessoa com LVM ou outras unidades da comunidade. No caso de alta para o domicílio a informação foi estruturada em carta fechada para as equipas das unidades de saúde na

comunidade (UCSP, USF...) com a informação clara da evolução da pessoa e do estado atual do plano de reabilitação.

A alta também pode ser preparada com a referenciação da pessoa com LVM para a RNCCI e aqui houve necessidade de atualizar a equipa de enfermagem através de uma ação de Formação (Apêndice V) que estruturou a informação existente sobre a RNCCI. Aqui a continuidade de cuidados ocorre com o encaminhamento para outras unidades de saúde que garanta a manutenção do plano de reabilitação.

A preparação para a alta da pessoa com LVM passa pela recolha de informação junto da pessoa com LVM e família sobre os recursos pessoais e a sua acessibilidade a serviços de apoio e técnicos de reabilitação.

O objetivo na preparação para a alta para o domicílio, unidades na comunidade ou centros de reabilitação é auxiliar a pessoa com LVM e sua família a manter o seu processo de reabilitação, pela recolha e estruturação de informação e transmissão clara do que é o ponto atual da evolução da pessoa.

Meleis (2010) aborda como uma questão fundamental para a gestão em saúde a transição organizacional entre o hospital e os centros de reabilitação, invocando a importância nos cuidados de enfermagem para a manutenção dos cuidados promovendo a eficácia nos custos e utilização de recursos.

Este pensamento vai ao encontro nas intervenções planeadas e executadas ao longo do estágio na UVM em que além do desejo de ganhos na capacidade funcional dos utentes, busca-se ganhos que tenham um impacto positivo na altura de transferência para um centro ou serviço de reabilitação. O utente com LVM com intuito de manter um plano de reabilitação prolongado é transferido preferencialmente para dois serviços de referência para a UVM, que são o Serviço de Reabilitação do Hospital do Curry Cabral (HCC) e o Centro de Reabilitação de Alcoitão (CRA). Perante a transferência para um cenário de prestação de cuidados diferenciado, é objetivo do EEER preparar a alta e transferência com o maior ganho em saúde, nomeadamente na capacidade funcional, de modo a facilitar a integração nestes serviços. As cartas de alta de enfermagem com recurso a avaliação da MIF no início e fim do internamento

(Apêndice IV), descrevem o modo como o utente com LVM experimentou as várias mudanças na sua pessoa, a evolução dos ganhos ao longo do internamento e como se adaptou para a satisfação das suas AVD.

Para a pessoa com LVM e família é dada a possibilidade de se realizar uma saída para casa antes da alta, permitindo identificar problemas e dificuldades de modo a promover uma transição com sucesso no momento da alta.

Objetivo 7 - Demonstrar intervenções que traduzam ganhos em saúde.

Ao longo do estágio foi manifestamente difícil comprovar ganhos em todos os utentes na sua funcionalidade, autonomia ou capacidade para o autocuidado. Mas ainda assim nos estudos de caso realizados consegue-se constatar que a intervenção do EEER trouxe ganhos na recuperação da sua capacidade funcional, segurança, satisfação e preparação para a alta ou transferência (Anexo IV) A verificação ou não de ganhos em saúde inicia-se na avaliação inicial da pessoa, no levantamento das suas necessidades, da colheita de dados pessoais, da avaliação dos aspetos familiares que podem funcionar como facilitadores ou inibidores.

Na ECCI é com recurso a escalas que o próprio processo de avaliação dos ganhos em saúde se inicia, através da execução do Índice de Barthel (Anexo I) que avalia o nível de independência da pessoa na realização das AVD e da Escala de Braden (Anexo I) para avaliação do risco de úlceras de pressão. Institucionalmente a ECCI também é avaliada a nível particular pelo número de visitas domiciliárias anuais e taxa de altas da ECCI até ao 90º dia de internamento.

Desta forma, a utilização de escalas ao longo do internamento pode demonstrar os resultados antes e após as intervenções ou por outro lado despistar um agravamento na condição da pessoa.

Na UVM o processo tem algumas semelhanças mas com recurso à avaliação pela ASIA para avaliação dos défices neurológicos e MIF para avaliação da

capacidade de participação da pessoa no seu autocuidado a vários níveis como higiene, alimentação, mobilidade, comunicação e eliminação. A MIF é utilizada como método comparativo de ganhos ao longo do internamento.

Durante o estágio analisei de uma forma sistemática as incapacidades da pessoa ao longo do seu plano de reabilitação com o objetivo de monitorizar e avaliar as intervenções de enfermagem de reabilitação em cada fase do processo de cuidados. A avaliação iniciou-se sempre com o primeiro contato com a pessoa, seja na admissão ou na primeira oportunidade possível. A avaliação foi realizada sempre que se justificou para validar a orientação do processo instituído ou formular novos objetivos e intervenções. No momento de alta é realizada uma avaliação final para antecipar se ocorreu a adaptação a uma nova condição e se a pessoa está preparada para uma transferência e para a demonstração de ganhos funcionais na pessoa (Hoeman, 2000).

1.2- Análise crítica e reflexiva das experiências de aprendizagem

Este relatório procura refletir a prática desenvolvida durante o estágio segundo o entendimento oriundo das competências comuns e específicas definidas pela OE. Os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns e simultaneamente enriquecem o seu campo de intervenção com uma série de competências específicas e especializadas para uma determinada área de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

O desenvolvimento de ambos os domínios comuns e específicos foi proporcionado pela operacionalização do Projeto de Formação, a realização de Estudos de Caso, Jornais de Aprendizagem e atividades em estágio que em conjunto com a supervisão dos EEER orientadores auxiliou na estruturação do pensamento crítico ao longo de estágio e a própria elaboração deste Relatório de Estágio. A revisão bibliográfica contínua, a discussão com os outros profissionais e reflexão decorrente das experiências, contribuiu também para a aquisição das competências referidas.

UNIDADES DE COMPETÊNCIA

C — Domínio da gestão dos cuidados

C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

Para alcançar esta unidade de competência desenvolvi as atividades descritas em Projeto de Formação (Apêndice II) que promoveram o conhecimento amplo dos serviços e das suas equipas multidisciplinares. Os ensinamentos clínicos foram precedidos de visitas aos locais de estágio para realização de entrevistas aos enfermeiros de reabilitação responsáveis pela gestão das suas equipas de enfermagem, com o apoio de guião de entrevista.

Estas entrevistas permitiram conhecer e interpretar a estrutura física, funcional, organizacional e humana e a própria gestão dos cuidados de enfermagem nestes serviços.

Este reconhecimento precoce das organizações e serviços englobou identificar e entender as suas normas vigentes, manuais de procedimentos, parcerias e indicadores contratualizados, todas estas ferramentas essenciais para a elaboração dos planos de cuidados dos utentes alvo dos meus cuidados, como o respetivo planeamento da continuidade de cuidados dos cuidados de reabilitação.

Foram executadas de acordo com o modelo adotado por cada local de estágio, avaliações iniciais para a identificação e avaliação das necessidades de intervenção por parte do EEER, avaliações intermédias da capacidade funcional e ganhos em saúde dos utentes alvos destas intervenções e ainda a colaboração na continuidade do plano de reabilitação aquando da transição dos utentes para outra unidade de saúde ou domicílio.

A integração e articulação nas equipas multidisciplinares possibilitaram a minha participação na gestão e planeamento dos cuidados, com adequação da minha presença na ordem da prestação dos cuidados e a respetiva interação com outros profissionais como os fisioterapeutas e técnicos de exame e diagnóstico.

O EEER assume-se como elo de ligação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar e experimentei esse papel em ambos os locais de estágio,

proveniente do facto do EEER ser o elemento com o conhecimento mais profundo e particular dos utentes.

Das atividades desenvolvidas ao longo do período de integração em cada campo de estágio realço um dos meus primeiros contatos e plano de reabilitação desenvolvido junto do Sr.º N. S. (Apêndice IV) que permitiu identificar e conhecer o papel do EEER na equipa multidisciplinar e a sua interação com o utentes e seus cuidadores. Foi um utente que acompanhei ao longo do estágio e que pela apresentação de necessidades limitadoras da satisfação das suas AVD, permitiu o desenvolvimento de atividades de enfermagem de reabilitação do foro motor e respiratório e paralelamente a promoção do envolvimento dos cuidadores e família na prestação de cuidados.

Considero que esta experiência culminou num entendimento claro do papel do EEER na equipa multidisciplinar, como na prestação de cuidados à pessoa e sua família. O trabalho de enfermagem de reabilitação não se restringe à prestação de cuidados à pessoa com LVM. Estende-se aos familiares e cuidadores no domicílio e à parceria com os colaboradores de associações e instituições externas que participam no cuidar da pessoa.

Considero que no domínio da gestão de cuidados desenvolvi e realizei uma prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação que estimulou os cuidadores e colaboradores para a realização de atividades com o objetivo da promoção da capacidade funcional e independência da pessoa.

D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

**D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos
padrões de conhecimento**

**D2.2 - Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na
área da especialidade**

A busca pela melhor prática foi desenvolvida pela atualização e pesquisa

bibliográfica ao longo do curso de mestrado com o objetivo de garantir a melhor qualidade dos cuidados de reabilitação ao utente e sua família.

Ao longo do estágio a discussão e reflexão dos planos de reabilitação e do meu próprio desempenho adequou a estratégia a adoptar para os objetivos definidos. Na ECCI aprofundei o conhecimento sobre a RNCCI, pois é sobre esta rede de unidades e equipas que a ECCI está inserida e foi através de momentos informais de estudo, como pela riqueza da partilha entre profissionais que obtive um perfeito entendimento como esta rede está organizada e trabalha.

Analisei o desenvolvimento e percurso formativo dos vários períodos de estágio pela realização de diários de aprendizagem onde refleti sobre aspetos que interferem no processo de reabilitação e transição saúde-doença.

Recorri ao material pedagógico fornecido ao longo do curso e biblioteca da ESEL para ampliar o conhecimento no âmbito de atividades de reeducação funcional, informação atualizada sobre escalas de medida da capacidade funcional e da satisfação das AVD.

Elaborei Estudos de Caso (Apêndice IV) que demonstram a elaboração de planos de reabilitação individualizados, assentes na execução de intervenções de reeducação funcional e implementação de instrumentos e escalas de medida para avaliação do próprio plano de reabilitação como para os ganhos em saúde para a pessoa. Os planos de reabilitação englobam o levantamento de diagnósticos de enfermagem, identificação de necessidades, objetivos desejados e resultados esperados, com uso das várias escalas e instrumentos de medida (Anexo I).

A realização dos estudos de caso aos utentes J.M e R. B. (Apêndice IV) foram momentos impulsionadores para a validação de conhecimentos e para uma aplicação de planos de reabilitação individualizados.

As atividades desenvolvidas com o utente R.B., nomeadamente a aplicação de escalas de avaliação assumiram-se como elementos essenciais para identificar os principais pontos e necessidades a tratar no seu plano de reabilitação. A mobilização destas escalas foi uma ferramenta essencial na própria

monitorização dos planos de reabilitação e visualização dos resultados, em que por exemplo no caso do utente R. B. é possível a demonstração de ganhos na capacidade funcional para as AVD, pela melhoria da sua capacidade motora e execução dos exercícios no âmbito do treino de AVD.

Na UVM identifiquei com a EEER orientadora as necessidades formativas do serviço e recorrendo ao meu próprio processo de aprendizagem realizei uma Ação de Formação em que descrevi e exemplifiquei a organização da RNCCI, tipologias de unidades e equipas e referência para a RNCCI (Apêndice V).

A realização da Ação de Formação favoreceu a discussão e debate entre a equipa e foi uma contribuição importante para a minha aprendizagem e desenvolvimento de conhecimentos e competências como formador e preletor. Ainda obtive uma apreciação positiva da equipa tanto pela informação fornecida como pelos esclarecimentos de dúvidas acerca da RNCCI e a sua importância no contexto de trabalho da UVM. O regresso à comunidade é um tema muito tratado na equipa da UVM e o EEER surge como o profissional mais preparado para intervir na capacitação destes utentes neste regresso, pelos seus conhecimentos científicos e competências específicas.

A referência para a RNCCI em ambos os locais de estágio são da responsabilidade do EEER em parceria com a equipa multidisciplinar e foi uma mais-valia esta articulação com a equipa médica e serviço social, pois estas referências são caracterizadas por situações de maior complexidade em que o planeamento da alta e continuidade de cuidados é simultaneamente acompanhado na reintegração das pessoas na família e sua comunidade.

Concebi ao longo do estágio planos de reabilitação em função dos objetivos definidos para a pessoa, executando, demonstrando e ensinando as técnicas de enfermagem de reabilitação. Identifiquei e selecionei os produtos e ajudas técnicas facilitadores da realização das AVD, avaliando os resultados das intervenções implementadas.

Executei e demonstrei as intervenções de enfermagem de reabilitação com vista à promoção do autocuidado e continuidade de cuidados entre o internamento e comunidade.

Considero que no domínio das aprendizagens profissionais desenvolvi atividades fundamentadas pela investigação e conhecimentos científicos, adquiridos e aprofundados ao longo do curso, como em contexto de ensino clínico, refletindo uma prática especializada de Enfermagem de Reabilitação.

J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.

J1.2 - Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

J1.4 - Avalia os resultados das intervenções implementadas.

Conjuntamente com o EEER orientador avaliei e desenvolvi as intervenções de enfermagem de reabilitação recorrendo a instrumentos e escalas de avaliação (Anexo I) para a identificação das necessidades e riscos acrescidos pela condição dos utentes.

Na comunidade foi executada a avaliação do risco de úlceras de pressão - Escala de Braden, avaliação do risco de queda - Escala de Morse e o nível de independência da pessoa - Índice de Barthel (Anexo I).

Na UVM foi executada a avaliação neurológica da LVM – ASIA e a capacidade funcional da pessoa com LVM – MIF. Em ambos os contextos a escala de Glasgow, Lower e Asworth foram utilizadas para a avaliação do nível de consciência, força e tônus muscular respetivamente (Anexo I).

Na comunidade implementei as atividades inseridas no plano de reeducação motora, reeducação respiratória em articulação com os recursos e produtos de apoio existentes. Foi possível o treino de atividades de reabilitação assente no aconselhamento e uso de produtos de apoio para a marcha (canadianas ou

andarilho) e reeducação respiratória (sacos de peso e bastões) para otimização destas funções.

Para a realização dos estudos de casos e planos de reabilitação desenvolvi em parceria com o EEER orientador avaliações neurológicas e funcionais. Realço para essa atividade o contato com o utente J.M. em que para a avaliação inicial para a admissão na ECCI, foi realizada a avaliação do estado de consciência, avaliação da motricidade, coordenação motora, marcha, padrão respiratório, avaliação psicológica e social. Esta atividade foi significativa para mim pois tornou possível a realização de avaliações nunca antes experimentadas enquanto enfermeiro generalista. A avaliação da funcionalidade foi essencial para a determinação das alterações e incapacidade da pessoa, fornecendo informação para a construção de um plano de reabilitação personalizado.

O estudo de caso do Sr.^o J. M. ocorre no âmbito da integração deste utente na ECCI em que a própria avaliação inicial deste utente contemplou a avaliação de riscos e independência deste utente. O domicílio torna-se privilegiado pela possibilidade de integração desse mesmo espaço nas atividades desenvolvidas no plano de cuidados e para a satisfação das necessidades da pessoa. Neste utente as atividades de reabilitação iniciaram-se no seu próprio quarto e leito, com uma evolução para a posição de sentado com os pés apoiados no chão até iniciar o treino de marcha com a utilização de dispositivos auxiliares de marcha.

Ao longo do estágio foi necessário a adequação dos recursos existentes às necessidades dos utentes em que realço a utilização dos objetos existentes como dispositivos de apoio. Adequei garrafas de água preenchidas com areia para dispositivo de fortalecimentos muscular e “paus” como bastões para RFR. Esta adequação promoveu a otimização dos recursos existentes como realça a importância do EEER na utilização eficaz destes utensílios.

Refleti sobre as atividades do EEER ao longo do processo de cuidados (Apêndice IV) como ferramenta para a descrição do seu papel e influência nos resultados obtidos no seio da equipa multidisciplinar.

Por atingir estes objetivos e realizar as atividades correspondentes foi possível avaliar os cuidados prestados e traduzir os seus resultados em ganhos em saúde, no que diz respeito à capacitação para o autocuidado e independência funcional. A aplicação diária de escalas como a MIF e índice de Barthel tornou visível os ganhos em saúde e funcionalidade conseguidos com as minhas intervenções de enfermagem de reabilitação.

A execução e aplicação das diversas escalas foi o caminho para dar rosto aos ganhos decorrentes das atividades de enfermagem de reabilitação. O índice de Barthel na ECCI é uma ferramenta que demonstra pelas avaliações sucessivas o percurso do utente ao longo do plano de reabilitação e é avaliada e monitorizada como indicador de qualidade da própria unidade.

Na UVM efetuei a MIF conseguindo traduzir a melhoria da capacidade funcional e recuperação da pessoa ao longo da prestação de cuidados de reabilitação. Ainda executei a MIF como ferramenta de ligação na continuidade de cuidados de reabilitação quando a pessoa com LVM é transferida para um centro ou serviço especializado de reabilitação.

A avaliação funcional é um elemento essencial da enfermagem de reabilitação pois encontra-se presente em todo o processo de cuidados. Ela ocorre na avaliação inicial como geradora de diagnósticos, essenciais para a conceção do plano de intervenção. A avaliação sistemática de todas as intervenções planeadas e executadas e dos resultados obtidos ao longo do processo de cuidados são uma forma de documentar e demonstrar a mais-valia da enfermagem de reabilitação (Hoeman, 2000).

As atividades desenvolvidas em torno da avaliação da funcionalidade orienta a formulação de objetivos para cada diagnóstico levantado e o caminho a percorrer para a implementação das intervenções e atividades específicas de modo a atingir ganhos na funcionalidade da função alterada e satisfação das AVD.

A conceção de planos de reabilitação abordou inúmeras áreas destacando-se a reeducação sensório-motora e respiratória, eliminação e treino de AVD. De forma integrada ocorreu o ensino e demonstração de técnicas de reabilitação

para produtos de apoio com vista à satisfação das AVD e à promoção do autocuidado e transição para um futuro regresso à comunidade.

Na UVM realizei a avaliação final e carta de transferência do utente R.B. descrevendo as alterações iniciais, os cuidados prestados e dirigidos a estas alterações e a evolução do utente ao longo do plano de reabilitação (Apêndice IV).

A conceção de planos de reabilitação permitiu a ligação entre os diversos aspetos da pessoa e sua família e a combinação dos recursos para atuar da forma mais pertinente na situação em particular. Estes momentos em articulação com o EEER orientador revelaram-se de uma complexidade acrescida na medida em que é necessário buscar áreas de conhecimento oriundos de dados científicos, teorias ou modelos de atuação e saberes provenientes da experiência profissional e pessoal (Hesbeen, 2001)

A avaliação de todo este processo mais uma vez torna-se fundamental pois será esta que irá traduzir os resultados em ganhos em saúde para a pessoa e família. Foi demonstrado pela aplicação de escalas de avaliação e sua comparação, os ganhos na funcionalidade e bem-estar após a execução de um plano de reabilitação.

Na reflexão e discussão no seio da equipa é compreendido o papel desempenhado pelo EEER na identificação das necessidades que exigem uma intervenção especializada com vista à qualidade de vida, otimização da capacidade funcional e desenvolvimento pessoal.

Estas atividades foram fundamentais para desenvolver e adquirir esta competência específica do EEER que se prende com a identificação das necessidades, conceção de planos de reabilitação e a avaliação dos resultados esperados.

J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.

A aquisição e desenvolvimento de competências específicas do EEER foram sendo construídos com o auxílio da conceção e implementação de planos de reabilitação. Nestes o levantamento das necessidades da pessoa com vista à sua reeducação funcional e maximização da autonomia, levou ao envolvimento da família no processo de cuidados, conhecimento dos recursos pessoais e da comunidade.

Particpei ao longo do estágio no acolhimento e avaliação inicial da pessoa e família, permitindo ao longo do internamento e plano de reabilitação adequar os produtos de apoio mais adequados à sua condição.

Elaborei e implementei planos de reabilitação ao longo do estágio com o objetivo de promoção da saúde, reeducação funcional com vista a proporcionar uma transição saudável para a comunidade e a maximizar a sua autonomia e qualidade de vida.

As atividade desenvolvidas ao longo do internamento na UVM com os produtos de apoio e intervenções de enfermagem de reabilitação foram à posteriori transmitidas na cartas de transferência realizadas, com vista a demonstrar os resultados das intervenções implementadas. Esta estratégia foi reforçada com a seleção de produtos mais adequados com vista à transição para um centro de reabilitação ou para casa.

Na UVM redigi cartas de transferência baseadas na avaliação da MIF para centros de reabilitação, descrevendo a avaliação dos cuidados prestados e demonstração dos resultados para o autocuidado e capacidade funcional.

Estes documentos é realizado pelo EEER responsável do utente e contempla a avaliação inicial, os ensinios e programa de reabilitação desenvolvido e ganhos obtidos na capacidade funcional até à alta.

As unidade de referência podem ser instituições externas como centros de reabilitação (CRA e HCC) e RNCCI ou a unidade de saúde na comunidade quando vão para o domicílio aguardar vaga nesses centros.

Na ECCI no contato direto com o utente no seu domicílio era frequente a identificação de barreiras arquitetónicas e aconselhamento para a resolução de problemas relacionados com estas. A abordagem de questões ou dúvidas acerca dos produtos de apoio e recursos da comunidade destacava-se na relação com a pessoa e família ao longo da prestação de cuidados.

Um regresso bem sucedido à comunidade implica um plano de alta cuidadoso com colaboração interdisciplinar entre o próprio utentes e família, profissionais de saúde na comunidade, instituições prestadoras de cuidados e serviços sociais (Hoeman, 2000)

Ao longo do estágio na preparação para a alta foi tido em conta diversos fatores como: preparação do utente ou prestador de cuidados para a AVD, existência ou não de cuidados no domicílio, suporte familiar e manutenção do plano de reabilitação. Foi também analisado os recursos financeiros da pessoa e família, condições habitacionais e de transporte.

Nas atividades desenvolvidas junto do utente R. B. destaco para o desenvolvimento e aquisição desta competência a natural ligação ao dispositivos de apoio para a realização de técnicas como a transferência, tomar banho, higiene e mobilização. Foi fundamental a informação e desmitificação sobre a utilidade de produtos como a tábua de transferência, elevador, cadeira de rodas com e sem espaldar e cadeira de banho. O ensino e execução de treino de AVD na transferência da cama para a cadeira de banho ou de rodas com auxílios da tábua de transferência foi essencial para o desenvolvimento desta técnica que mais tarde foi executada sem a própria tábua.

Ainda foi abordado a questão das barreiras arquitetónicas como o utente N. S. no seu domicílio e emprego como descrito no Jornal de Aprendizagem (Apêndice III), com a identificação das limitações arquitetónicas e levantamento das necessidades de modo a encontrar alternativas e estratégias para ultrapassar estas barreiras. O treino de AVD exigia a identificação das estruturas do domicílio mais importantes nomeadamente as estruturas de acessibilidade e sanitárias. Esta avaliação ajudou a identificar a potencialidade destes utentes para a realização das AVD, os principais focos de interesse do próprio programa de reabilitação e a identificar os dispositivos de apoio específicos para dar resposta às limitações dos utentes. Por outro lado o conhecimento das características do ambiente estrutural para o qual os utentes vão regressar ajudou a definir técnicas a executar e a melhorar com vista a um regresso mais saudável à comunidade. Dou o exemplo do utente N. S. que face a uma paraplegia completa foi executado um treino de transferência para cadeira de banho para dar resposta ao fato de na sua casa só existir duche com poliban.

Os produtos de apoio e as medidas para ultrapassar barreiras arquitetónicas podem ter um impacto financeiro significativo e a participação do EEER nestas atividades permitem uma escolha com maior adaptação para as necessidades do utente sem custos acrescidos ou desnecessários.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento e aquisição desta competência pela identificação dos fatores facilitadores e inibidores da realização das AVD, demonstração e treino de técnicas com vista à promoção de autonomia para a continuidade dos cuidados no domicílio, a realização de treinos específicos de AVD utilizando produtos de apoio, promoção da mobilidade e acessibilidade, participação social e na identificação de barreiras arquitetónicas e orientação para a eliminação das mesmas.

J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio – respiratório

J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos resultados esperados.

A reeducação sensório-motora e cardio-respiratória encontra-se inserida nas competências específicas do EEER pela conceção de planos de reabilitação com o objetivo de manter e recuperar as funções físicas, psicológicas e sociais e prevenir complicações resultantes da imobilidade.

Marque e Sousa (Marques-Vieira & Sousa, 2016) citando (Monteiro, 1997) tratam o movimento como uma atividade essencial para a pessoa e seu bem-estar, pela influência da força muscular na componente física global e manutenção da saúde. Temos assim um conjunto de técnicas assente no movimento, posicionamento e controlo da respiração que visam melhorar e maximizar a capacidade funcional, prevenir complicações e minimizar o impacto de alterações ou deficiências ao nível das funções motora, respiratória, neurológica ou outras (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

Prestei cuidados de enfermagem à pessoa na comunidade e posteriormente em contexto de internamento e inicialmente concentrei-me na execução das técnicas de enfermagem de reabilitação e não tanto na globalidade da pessoa. Mas o contato com os EEER dos locais de estágio revelou a necessidade de conhecer, avaliar e refletir sobre a pessoa.

Na prestação de cuidados ao utente J.M. (Apêndice IV tive a oportunidade de conceber um plano de reabilitação, selecionado e executando as intervenções adequadas para otimizar a função motora-respiratória, sensorial e cognitiva. Realizei em parceria com a família exercícios de tonificação muscular no leito, treino de equilíbrio estático e dinâmico e treino de marcha com dispositivo de apoio (andarilho). Foi atribuída especial atenção à prevenção de complicações

e acidentes ao utente e família nomeadamente pelo risco de úlceras de pressão e quedas decorrente da alteração da mobilidade.

Foi crescente ao longo das semanas a capacidade para avaliar a pessoa e sua família, com o envolvimento dos EEER orientadores pela execução de avaliações e recolha de dados. A avaliação da pessoa e família era executadas de acordo com o procedimento de cada local de estágio, com o auxílio de escalas validadas para cada serviço. O contexto destas avaliações permitia a recolha de informação importantes para a conceção dos planos de reabilitação como os contextos familiares atuais, a identificação das barreiras ou obstáculos arquitetónicos e os recursos na comunidade.

Na UVM o acompanhamento aos utentes R. B. e N. S. permitiu atividades de avaliação, nomeadamente pela MIF e ASIA resultando uma monitorização dos progressos destes utentes nas funções motora e sensitiva pela avaliação da força, tónus muscular, amplitude articular, sensibilidade profunda e superficial.

Desenvolvi atividades com estes utentes ao longo da prestação de cuidados com foco especial nos posicionamentos, quer no leito como na cadeira de rodas, incentivando a um posicionamento correto ao longo da execução das técnicas de alternância de decúbitos, reforço muscular dos membros superiores e tronco com vista ao desenvolvimento eficaz da transferência com e sem tábua. Foram executados inúmeras transferências com dispositivos de apoio (elevador, tábua de transferência) e sem dispositivo de apoio entre o leito e cadeira/sanita/cadeira de banho.

Na posição de sentado foram executados os ensinamentos e exercícios para alternar a posição e alívio de pressão como exercícios de treino de equilíbrio estático e dinâmico.

Nestes utentes ainda é avaliado com importância alterações a nível da eliminação intestinal e vesical e a nível da sexualidade. A higiene revelou-se como o momento propício para a realização de atividades dirigidas à reeducação nestas funções, pela possibilidade de exploração e avaliação da sensibilidade, ensino e execução de técnicas de controlo da eliminação

A utilização das diversas escalas auxiliou a identificação e a conhecer a própria percepção da pessoa dos défices ao nível das funções alteradas.

Identifiquei necessidades e problemas do motor e respiratório que solicitaram a intervenção de reabilitação funcional motora e respiratória.

No decurso do meu estágio na ECCI acompanhei um utente que portador de Esclerose Múltipla e pela condição avançada da sua doença o plano de cuidados preconizava atividades essencialmente dirigidas à reeducação motora e sensorial, pela execução de exercícios de mobilizações articulares passivas e massagem terapêutica.

O agravamento repentino do estado geral deste utente, destacando-se problemas do foro respiratório, conduziu-nos a uma avaliação desta função com recurso à auscultação. O desenvolvimento e conhecimento da pessoa e sua família permitiu a identificação de necessidades acrescidas para este utente, nomeadamente a acumulação de secreções. Perante este o quadro de alteração do quadro respiratório tive a oportunidade de executar as técnicas de relaxamento e dissociação dos tempos respiratórios, manobras acessórias (vibração e compressão) e drenagem postural modificada.

Ao longo de várias visitas a este utente tive a oportunidade de avaliar este pela auscultação, ao desenvolvimento de exercícios de tosse assistida e ainda a oportunidade de manusear o cough assist. Refiro este exemplo para demonstrar que o processo de reabilitação é influenciado pela avaliação contínua com a necessidade de adequar as atividades para as necessidades de cada utente, tendo em conta a individualidade de cada pessoa.

Foi uma atividade muito enriquecedora pois com a colaboração da EEER orientadora foi possível executar e melhorar a minha própria execução destas técnicas como o desenvolvimento de um plano de reabilitação ajustado às necessidades do utente.

Colaborei com os EEER na conceção de planos de reabilitação adequados e personalizado à pessoa e família, com o objetivo de promover a saúde, prevenir complicações e estimular a integração da pessoa.

Tive em atenção a definição em conjunto com a pessoa e família de metas realistas em função dos objetivos definidos para a pessoa.

Os vários momentos com a pessoa e família permitiram o desenvolvimento das várias técnicas específicas de enfermagem de reabilitação na reeducação motora e respiratória, complementadas pelo ensino e demonstração de produtos de apoio e treino de AVD.

A conceção e execução dos planos de reabilitação foram monitorizadas em função dos objetivos definidos com a pessoa e avaliados pelas escalas existentes, mas também pela validação junto da pessoa e família da informação recebida ao longo das sessões como das técnicas executadas.

2 – Avaliação

A realização deste relatório resulta de um percurso iniciado na elaboração de um Projeto de Formação do interesse pessoal, resultando num percurso constituído de experiências em contexto de ensino clínico assente na prática de Enfermagem de Reabilitação. Este documento descreve o percurso decorrente na aquisição e mobilização da evidência científica, tanto no percurso académico como ao longo do estágio, resultando numa ação refletida e planeada para a aquisição de competências em enfermagem de reabilitação.

2.1 - Aspetos positivos e negativos

O Ensino Clínico em ambos os locais de estágio manifestou-se como gerador de inúmeras experiências essenciais e enriquecedoras para o atingir dos objetivos delineados, aprendizagem e desenvolvimento das competências ambicionadas. Ambos os locais de estágio proporcionaram momentos para uma aprendizagem e desenvolvimento nos domínios das Competências Comuns do EEER e igualmente nos domínios das Competências Específicas dos EEER.

Observei, identifiquei e refleti sobre o campo de atuação dos EEER nos locais de estágio e como as suas atividades estão organizadas na dinâmica dos serviços. O desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação partiu da colaboração com os EEER orientadores, pelo encadeamento das várias competências científicas e técnicas com a visão holística da pessoa, emergindo o desenvolvimento das competências pessoais e relacionais pela promoção da saúde, comunicação e autocuidado no âmbito de um processo de transição saúde-doença.

Como pontos positivos realço as oportunidades de ter participado numa prática de cuidados no seio de unidades de saúde em que os EEER são protagonistas pela sua atividade própria na comunidade e meio hospitalar. A atividade do EEER espelha-se na área da gestão dos serviços e equipas de enfermagem

emergindo como elemento de referência para a articulação com os profissionais de saúde e família que interferem nos processos de transição. A OE afirma que *“Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de pivot, no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde”* (Enfermeiros, 2004)

Particpei num modelo em que o EEER surge como gestor de casos e mobiliza as suas competências para a promoção do autocuidado, otimização da funcionalidade e autonomia e integração no ambiente familiar e social.

A experiência global do Estágio permitiu o desenvolvimento de competências do EEER pela prática de prestação de cuidados baseada numa prática refletida e centrada na pessoa. Esta evolução foi suportada pelas reflexões e planos de reabilitação formulados com os objetivos concentrados na pessoa e família. Tive a oportunidade de adequar e implementar os conhecimentos e ferramentas adquiridas ao longo do curso para reforçar a aprendizagem e desenvolvimento de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Ocorreram aspetos menos facilitadores como o défice de EEER nos serviços, insuficiente recursos materiais e físicos das unidades para a enfermagem de reabilitação.

As pesquisas em vários momentos do estágio ou para a realização de trabalhos resultaram artigos e estudos de países que não têm a figura do EEER o que dificultou a interpretação de resultados ou esclarecimentos de dúvidas e questões.

A conjugação do Estágio com a minha atividade profissional e vida familiar introduziu durante este percurso momentos de cansaço e ansiedade que foram ultrapassados pela motivação pessoal e apoio de pessoas significativas.

O tema do projeto revelou-se difícil desenvolver no contexto comunitário mas foi amplamente atingindo no meio hospitalar com o desenvolvimento de competências no âmbito da problemática da pessoa com LVM e sua família.

2.2 - Avaliação do percurso formativo

A experiência resultante do Estágio produziu contributos na minha pessoa e como profissional uma vez que identifiquei uma melhoria dos meus cuidados de enfermagem, identificando áreas de atuação específicas dos EEER provenientes da investigação e evidência científica.

A integração ao longo do estágio permitiu descobrir a intervenção única dos EEER em cada local nas várias funções e intervenções. É destacado o papel coordenador e de gestão das equipas e uma influência direta na tomada de decisão para o planeamento dos cuidados prestados de enfermagem de reabilitação. É um elemento que se posiciona na ligação entre todos os intervenientes do processo de cuidados, desde os vários profissionais de saúde, ao utente e sua família.

No âmbito da enfermagem de reabilitação contatei com o EEER como gestor de caso, responsável por um conjunto de utentes, dinamizador de um plano de cuidados partilhado em equipa multidisciplinar. Os domínios dos cuidados planeados e executados derivam de forma abrangente da promoção do autocuidados e modelos transicionais como defendido pela OE no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e demonstrado pelo interesse acrescido na incorporação do utente e família no processo de cuidados, no contexto ambiental destes elementos.

Os vários instrumentos e ferramentas de avaliação revelaram-se essenciais na revelação dos diagnósticos de enfermagem e análise das necessidades do utente, e consecutivamente na elaboração dos planos de intervenção de enfermagem de reabilitação. A avaliação sistematizada e apoiada nestes instrumentos possibilitou o planeamento e execução de atividades de reabilitação direcionadas para as necessidades do utente e ainda a respetiva avaliação.

A execução de atividades de enfermagem de reabilitação demonstraram-se como uma mais-valia para a melhoria da capacidade funcional e autonomia dos utentes, o aumento da autoestima e qualidade de vida sentida pelos utentes.

Considero que posso contribuir também na estrutura organizacional da minha unidade como EEER, pela partilha de conhecimentos e integração de estratégias do âmbito da enfermagem de reabilitação. Tenho como objetivo apresentar no seio da minha equipa os principais resultados e experiências apresentadas no relatório como instrumento válido para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem.

É um objetivo pessoal preservar a atualização de conhecimentos realizada ao longo do curso, tal como a formação contínua. Pretendo integrar-me na política organizacional do meu ACES em projetos de formação e de investigação de forma a evidenciar o trabalho e influência do EEER na comunidade em prol do bem-estar da pessoa e família.

Na elaboração deste relatório revelou-se a mais-valia da produção dos Jornais de Aprendizagem apoiados no Ciclo Reflexivo de Gibbs e Estudos de Caso como instrumentos de avaliação dos objetivos propostos. O trabalho desenvolvido ao longo do Estágio junto dos EEER orientadores com a constante partilha, reflexão de conhecimentos, sentimentos e experiências com estes ajudaram na busca da melhoria dos meus cuidados de enfermagem e desenvolvimento de competências.

Para finalizar apresento como um contributo valioso para a minha prática profissional o desenvolvimento de um pensamento crítico e uma prática reflexiva como parâmetros essenciais para a construção e aplicação de um processo de cuidados em que a tomada de decisão é sustentada no meu conhecimento e minha experiência profissional e simultaneamente do que eu observo e conheço dos outros (Tanner, 2006)

3 - Considerações Finais

Este capítulo final descreve os resultados apresentados neste relatório no âmbito da aquisição e desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiros Especialista e as competências descritas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Procurei relatar as atividades desenvolvidas à luz da metodologia adotada, em que a busca da descrição das experiências e a sua reflexão, proporcionou o atingir dos objetivos levantados em Projeto e a aquisição de competências na área da enfermagem de reabilitação.

A incidência elevada de LVM em Portugal, proveniente em grande parte da sinistralidade rodoviária, associada à incapacidade e complexidade de fatores físicos, sociais, familiares, relega a pessoa com LVM para um campo de inadaptação na comunidade e sobrecarga na família.

A prestação de cuidados na comunidade é altamente desafiante na medida em que o contato com a pessoa, família e outros elementos ocorre num contexto propício a situações inesperadas, que obriga o enfermeiro a desenvolver respostas refletidas em situações complexas. A promoção da reintegração na comunidade está relacionada diretamente com a enfermagem de reabilitação pela espírito de promoção do autocuidado e bem-estar da pessoa.

A elaboração deste relatório proporcionou a reflexão da prática desenvolvida ao longo do estágio e um aprofundamento do conhecimento teórico e prático de enfermagem de reabilitação para adotar no futuro no meu contexto profissional.

Finalizando este percurso formativo foi possível constatar que o processo de transição na pessoa com LVM e família depende não só das condições físicas resultantes da lesão mas também da pertinência das condições familiares e ambientais. Silva (2013) invoca as condições ambientais e psicossociais como

variáveis tão ou mais importantes que a própria condição física resultante da lesão para uma reintegração positiva na comunidade e na nova realidade.

Ocorreu ao longo do estágio a introdução no plano de reabilitação questões ambientais como a acessibilidade do espaço físico familiar e profissional, meio de transporte, suporte familiar e financeiro. No aspeto psicológico emergiu questões no âmbito da tomada de decisão e controlo, a autoestima e a qualidade de vida.

A condição da alteração da mobilidade emergiu com a relevância esperada pois esta é uma condição essencial para a satisfação de outras necessidades e é um fator fundamental na interação com a família e ambiente. Assim para promover tanto a reintegração na comunidade e a qualidade de vida desejada, o EEER no domínio da mobilidade olha para a um leque variado de intervenções com o objetivo de satisfação das necessidades da pessoa com LVM mas também a prevenção de problemas a outros níveis (respiratórios, circulatórios, eliminação).

Constatei que a transição dos cuidados hospitalares para os cuidados no domicílio assenta numa comunicação eficaz entre os utentes, profissionais de saúde e família ou cuidadores. Essa comunicação é melhorada quando existe um elemento responsável pela coordenação dos meios de comunicação. O EEER funciona a este nível como o elo de ligação entre os utentes e outros profissionais como elemento estimulador da continuidade dos cuidados (Dossa, Bokhour, & Hoenig, 2012).

Para Driscoll (Driscoll, 2000) o planeamento da alta deve levar em conta o contexto familiar pela integração das variáveis económicas e sociais dos seus elementos constituintes e na própria participação destes no acolhimento da informação essencial para a continuidade de cuidados (Driscoll, 2000). Este autor ainda argumenta que uma alta planeada com atenção aos fatores familiares e uma informação completa e clara para o utente e família, resulta numa transição bem-sucedida influenciado diretamente a diminuição de reinternamentos.

O processo de transição não fica no entanto otimizado somente pela preparação da alta e regresso a casa. No contexto domiciliário onde se cruzam inúmeras condições e variáveis expectáveis como inesperadas, é essencial a manutenção do plano de reabilitação com vista a atingir a maior qualidade de vida e autonomia possível. Esta complexidade no seio da intervenção domiciliária vem ao encontro das competências do EEER onde este planeia as intervenções de acordo com as necessidades, coordena o processo de cuidados com interdisciplinaridade entre os restantes profissionais.

Percecionei ao longo de todo o tempo de estágio os ganhos em saúde decorrentes da intervenção do EEER, desde a preparação em ambiente hospitalar para o regresso à comunidade como em contexto domiciliário na realização de um processo de cuidados assente na execução de um plano de reabilitação. Os ganhos em saúde rodeiam a própria satisfação das AVD pela pessoa com LVM e família, a melhoria da capacidade funcional, a reintegração na comunidade, o aumento da auto-estima e bem-estar pessoal. Desta forma foi possível atestar a premissa evocada no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação que defende esta como *“uma área de intervenção clínica reconhecida, dá resposta a necessidades concretas da população e às novas exigências em cuidados, contribuindo fortemente para a obtenção de ganhos em saúde”*.

Entendo que os objetivos propostos foram alcançados com a realização de uma prática refletida ao longo do estágio que garantiu o desenvolvimento de competências com o devido suporte de uma prática baseada na evidência.

Ao longo do curso através da aquisição de conhecimento científico e aprendizagem ao longo do estágio, onde por intervenções e atividades desenvolvidas de reabilitação, cuidei de utentes com necessidade especiais, nos vários contextos e ao longo do ciclo de vida, atingi os objetivos para a pessoa nomeadamente, a melhoria da capacidade funcional, permitindo uma reinserção e exercício da cidadania como é previsto nos domínios de competências descritas para o EEER.

Com o trabalho desenvolvido entendo ter no âmbito de enfermagem de reabilitação os conhecimentos e competências que permitem no meu contexto profissional desenvolver processos de cuidados à pessoa e família em processo de transição. Espero no futuro contribuir no meu ACES pela integração em grupos de trabalho com vista à promoção e o desenvolvimento de cuidados de enfermagem de reabilitação no domicílio.

Bibliografia

- Almeida, C., Ferreira, I. A., & Faria, I. F. (2009). Lesões medulares não traumáticas - Caracterização da população de um Centro de Reabilitação Non-traumatic spinal cord injury - Characterization of the population of a Rehabilitation Center, *20*(1), 3–6.
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados, *13*, 61–71.
- Dossa, A., Bokhour, B., & Hoenig, H. (2012). Care transitions from the hospital to home for patients with mobility impairments: patient and family caregiver experiences. *Rehabilitation Nursing*, *37*(6), 277–285 9p. <http://doi.org/10.1002/rnj.047>
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(5), 1165–73. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x>
- Enfermeiros, O. dos. (2004). Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. *Suplemento Da Revista Da Ordem de Enfermeiros*, *13*(Julho), 2–8.
- Gomes, B. (2008). Enfermagem de reabilitação. Um contributo para a satisfação do utente.
- IP, I. N. de E. (2014). *Estatística demográficas 2014*.
- Klebine, P. (2015). Understanding Spinal Cord Injury: Part 1 — The Body Before and After Injury. *MSKTC Facts Sheet*, (January), 1–3. Disponível em http://www.msktc.org/lib/docs/Factsheets/SCI_Understand_Spin_Crd_Inj_Prt1.pdf
- Lee, B. B., Cripps, R. A., Fitzharris, M., & Wing, P. C. (2014). The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*, *52*(2), 110–6. <http://doi.org/10.1038/sc.2012.158>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. A., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Monteiro, W. D. (1997). Força Muscular: uma abordagem fisiológica em função do sexo, idade e treinamento. *Revista Brasileira de Atividade Física E Saúde*, 50–56.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem 2001. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Patr?es+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Patr?es+de+qualidade>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 1).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). REGULAMENTO DA INDIVIDUALIZAÇÃO DAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE ENFERMAGEM.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). Regulamento das Competências Específicas do EEER, 5.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2.^a Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 125/2011 Regulamento - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Preâmbulo, 25118–25120.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, 16655–16660. Retrieved from www.ordemenfermeiros.pt/
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 32(1), 27–36. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Saif, D., Saif, A., & Sarhan, F. (2013). An overview of traumatic spinal cord injury: part 3. Rehabilitation. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 9(4), 187–194. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/1440667074?accountid=11862%5Cnhttp://openurl.ac.uk/athens:112?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:britishnursingindex&atitle=An+overview+of+traumatic+spinal+cord+injur
- Silva, F. R. da C. e. (2013). A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa / Família com Lesão Vertebro Medular na Promoção da Mobilidade

no Domicílio.

Simões, C. M. L. (2008). Paraplegia: prevalência, etiologia e processo de reabilitação, 105. <http://doi.org/616.8-009.11-031>

Sousa, E. S. A. (2011). A Família - Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação. Retrieved from http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1775/1/MER_Tese_Salomé_2011.pdf

Tanner, C. a. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.

Van Den Berg, M. E. L., Castellote, J. M., Mahillo-Fernandez, I., & De Pedro-Cuesta, J. (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: A systematic review. *Neuroepidemiology*, 34(3), 184–192. <http://doi.org/10.1159/000279335>

ANEXO I

Nome _____

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ULCERAS DE PRESSÃO					Data Avaliação					
Descrição	1	2	3	4						
Percepção Sensorial	Totalment e limitado	Muito limitado	Levement e limitado	Nenhuma limitação						
Humidade	Completa mente molhado	Muito molhado	Ocasional mente molhado	Rarament e molhado						
Actividade	Acamado	Confinad o à cadeira	Anda ocasional mente	Anda frequente mente						
Mobilidade	Totalment e imóvel	Bastante limitado	Levement e limitado	Não apresenta limitações						
Nutrição	Muito pobre	Provavel mente inadequa da	Adequada	Excelente						
Fricção e forças de deslizame nto	Problema	Problema potencial	Nenhum problema							
AVALIAÇÃO: 6 – 11 PONTOS = RISCO ALTO 12 – 17 PONTOS = RISCO MODERADO 18 – 20 PONTOS = RISCO BAIXO				TOTAL						
				ENF. (rubrica)						

Índice de Barthel

Nome: _____

1) Alimentação

- 10 – Independente
- 5 – Necessita de ajuda ou dieta modificada
- 0 – Dependente

2) Higiene pessoal

- 5 – Independente
- 0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

3) Vestir-se

- 10 – Independente. Capaz de vestir- se e despir-se sem ajuda
- 5 – Necessita ajuda
- 0 – Totalmente dependente

4) Banho

- 5 – Independente
- 0 – Dependente

5) Controlo anal

- 10- Continente
- 5 – Acidente ocasional
- 0 – Incontinente

6) Controlo vesical

- 10 – Continente
- 5 – Acidente ocasional
- 0 – Incontinente

7) Utilização do WC

- 10 – Independente
- 5 – Necessita ajuda
- 0 – Dependente

8) Transferência

- 15 – Independente
- 10 – Alguma ajuda
- 5 – Muita ajuda
- 0 – Totalmente dependente

9) Mobilidade/deslocação

- 15 – Independente
- 10 – Necessita ajuda
- 0 – Totalmente dependente

10) Subir e descer escadas

- 10 – Independente
- 5 – Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.
- 0 – Dependente. É incapaz de subir e descer degraus.

VALORES :

Autônomo: 100 pontos

Dependente leve: 60 – 100 pontos

Dependente Moderado: 40-60 pontos

Dependente Grave: 20-40 pontos

Dependente total: <20 pontos

PONTUAÇÃO TOTAL : _____

Nome_____

ESCALA DE MORSE			Dat	Dat	Dat	Dat
			a	a	a	a
	ITEM	Pontuação				
Antecedentes de Queda	Sim	25				
	Não	0				
Diagnóstico secundário	Sim	15				
	Não	0				
Apoio na deambulação	Nenhum/apoiado/cadeira de rodas	0				
	Canadianas/bengala/andarrilho	15				
	Apoia-se na mobília	30				
Medicação/heparina	Sim	20				
	Não	0				
Marcha	Normal/acamado/cadeira de rodas	0				
	Desequilíbrio fácil	10				
	Défice na marcha	20				
Estado mental	Consciente das suas limitações	0				
	Não consciente das suas limitações	15				

0-24 – Baixo risco de queda

25-50 – Médio risco de queda

<50 –Alto risco de queda

Nome_____

Escala de Glasgow - Variáveis		Score	Data	Data	Data	Data
Abertura Ocular	Espontânea	4				
	À voz	3				
	À dor	2				
	Nenhuma	1				
Resposta Verbal	Orientada	5				
	Confusa	4				
	Palavras inapropriadas	3				
	Sons inespecíficos	2				
	Nenhuma	1				
Resposta Motora	Obedece ao comando	6				
	Localiza a dor	5				
	Retirada ao estímulo doloroso	4				
		3				
	Flexão anormal	2				
	Extensão anormal	1				
	Nenhuma					
Valor						

Antecedentes pessoais_____

Nome _____

Escala de Lower

Segmentos	Movimentos	Escala	
Cabeça e pescoço	Flexão		
	Extensão		
	Flexão lateral Esq		
	Flexão lateral dto		
	Rotação		
		Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão palmar		
	Dorsi-Flexão		
	Desvio radial		
	Desvio cubital		
	Circundação		
Dedos	Flexão		

	Extensão		
	Abdução		
	Adução		
	Circundação		
	Oponência do polegar		
Coxo-femural	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tíbio-társica	Flexão plantar		
	Flexão dorsal		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		

Data / Hora do Exame

padrões internacionais de classificação neurológica de lesão medular

SENSITIVO
PONTOS CHAVE DE SENSIBILIDADE

0 = ausente
1 = alterado
2 = normal
NT = não testável

Comentários:

ores da anca
insosres do joelho
siflexiores do tornozelo
insosres do 1º dedo
ores plantares do tornozelo

MEMBRO INFERIOR

TOTAL

(MÁXIMO)

$$\boxed{} = \boxed{} \quad (25) \quad (50)$$

☐ (SAP) Sensação anal profunda (Sim/Não)

SCORE TOOQUE AGULHA (max:112)

SCORE TOUQUE LEVE

SCORE TOQUE LEVE (max:112)

NÍVEL
NEUROLÓGICO
Segmento mais caudal com função normal

	D	E
SENSITIVO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MOTOR	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMPLETA OU INCOMPLETA? ☐ ☐

PARCIAL
(Só em lesões completas)
NA DE PRESERVAÇÃO
vel mais caudal com alguma
inervação

Este modelo poderá ser copiado mas não deverá ser alterado sem a permissão da American Spinal Cord Injury Association.

RIV 03/13



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL EPE

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

VINHETA

Unidade Vertebro-Medular

	Data	Avaliação Inicial / /	Avaliação Final / /
Auto-cuidados			
Alimentação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene Pessoal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banho		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir a Metade Superior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir a Metade Inferior		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso da Sanita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle de esfíncteres			
Controlo de Urina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controlo de Fezes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilidade			
Transferencias Leito/Cadeira/Cadeira de Rodas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferencias Sanita		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferencias Chuveiro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locomoção			
Marcha (M)/Cadeira de Rodas (CR)	M <input type="checkbox"/> CR <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comunicação			
Compreensão	A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expressão	V <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cognição Social			
Interação Social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resolução de Problemas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Memória		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sem Ajuda
7 - Independência Completa (em segurança, em tempo normal)
6 - Independência Modificada (ajuda técnica)
Com Ajuda
5 - Supervisão
4 - Ajuda Mínima (pessoa >= 75%)
3 - Ajuda Moderada (pessoa >= 50%)
2 - Ajuda Máxima (pessoa >= 25%)
1 - Ajuda Total (pessoa >= 0%)

Observações:

Nome_____

Escala de Ashworth modificada

0 Nenhum aumento no tônus muscular
1 - Ligeiro aumento do tônus muscular, manifestado por uma “prisão e libertação”, ou por uma resistência mínima no fim da amplitude de movimentos da articulação, durante o movimento de extensão e flexão do membro
1+ - Uma resistência mínima, em menos de metade do restante arco de movimento da articulação
2 - Aumento do tônus muscular, na quase totalidade do arco de amplitude de movimentos, a parte afectada é facilmente mobilizável.
3 - Aumento mais acentuado do tônus muscular, na quase totalidade do arco de amplitude de movimentos, a parte afectada é Dificilmente mobilizável
4 - Parte afectada em rigidez/anquilose articular. Sem movimentos passivos ou activos da articulação

APÊNDICES

Apêndice I

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Scoping Review

Intervenções do EER à pessoa em transição dos cuidados hospitalares para os cuidados na
comunidade.

Discente:

Pedro Miguel Melo Faustino

Lisboa

Fevereiro 2016

ÍNDICE

1. BACKGROND	1
1.1 Questão (PCC) / Objetivos da pesquisa.....	2
2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA	4
2.1. Critérios de Inclusão dos Estudos	5
2.2. Diagrama de seleção dos artigos	6

1. BACKGROUND

A realidade da população portuguesa caracteriza-se pelo aumento da esperança de vida e consequente envelhecimento, com aumento da prevalência das doenças crónicas e aumento de sobrevivência e lesões potencialmente fatais (INE, 2015). De acordo com Ribeiro e Pinto (2014) estes fenómenos obrigam a alterações de práticas nos sistemas de saúde com internamentos mais curtos, altas precoces e mais casos de estadios terminais.

Segundo Andrade (2009) desta realidade surge novos desafios para quem regressa a casa com dependência, para os seus cuidadores como para os profissionais de saúde que têm nas suas mãos os instrumentos e recursos para a implementação de programas de reabilitação. A intervenção do EER no momento de transição para a comunidade tem um efeito no impacto no processo de adaptação a uma nova condição.

Na opinião de Meleis et al. (2000) os enfermeiros podem intervir nos processos de transição ao lidar com as pessoas que vivenciam a passagem de um estado ou condição nos vários acontecimentos de vida, com maior ênfase na prática centrada na pessoa e suas necessidades.

Esta pesquisa teve como objectivo estudar o fenómeno da transição do meio hospitalar para a comunidade e identificar as principais dimensões que a compõem.

Identificaram-se como principais dimensões:

- Parceria
- Relações pessoais entre os profissionais de saúde
- Informação
- Gestão

Sobre estas dimensões o enfermeiro garante a continuidade de cuidados assumindo o papel de elemento de referência para a pessoa e família, na gestão dos recursos e desenvolvimento de intervenções para as necessidades identificadas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001) a excelência do exercício profissional constrói-se na continuidade da prestação de cuidados de enfermagem, planeamento de altas assente nas necessidades identificadas e máximo aproveitamento dos recursos existentes na comunidade.

1.1 Questão (PCC) / Objetivos da pesquisa

O objetivo desta pesquisa é: Identificar as áreas de intervenção com maior relevância para a pessoa em transição dos cuidados hospitalares para a comunidade.

Com base em tudo o que foi apresentado até ao momento elaborei a seguinte questão de pesquisa, de acordo com a mnemónica PCC:

“Quais são as áreas de intervenção do EER à pessoa adulta em transição dos cuidados hospitalares para a comunidade?”

P: Pessoa adulta (utente, família, cuidador)

C: Transição

C: Intervenções do EER

É pretendido com esta questão a apreciação de artigos científicos que tratem a temática referida.

É esquematizado em quadro a forma estruturada como foi distribuída as palavras-chave, em linguagem natural, por cada um dos constituintes da questão de investigação. Cada conjunto de palavras é designado por P1, P2 e P3.

Mnemónica		Palavras-Chave Em Linguagem Natural	
P	População	Adulto	P1
C	Contexto	Transição	P2
C	Conceito	Intervenções EER	P3

T

Tabela 1: Termos de pesquisa em linguagem natural

2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O ponto de partida para a revisão sistemática da literatura iniciou-se a Abril de 2016 com a formulação da pergunta de investigação "**Quais são as áreas de intervenção do EER à pessoa adulta em transição dos cuidados hospitalares para a comunidade?**"

Para reunir as evidências científicas relevantes para a nossa RSL, efectuei a pesquisa, nas bases de dados CINAHL e Medline.

Foi estabelecido o intervalo temporal nos últimos 10 anos, e consultados os artigos em texto integral publicados. Como palavras-chaves pesquisei a linguagem indexada de ambas as bases de dados, definindo assim as palavras-chave de acordo com a nossa definição de conceitos e linguagem natural.

Nos quadros seguintes apresentei o esquema da pesquisa realizada em ambas as bases de dados.

Mnemónica			Palavras-chave	CINAHL	
P	População	Adulto	(S1) Adult	P1 388.136	
C	Contexto	Transição	(S2) Continuity of patient care	P2 2.508	
C	Conceito	Intervenções EER	(S3) Rehabilitation	P3 3.085	
Resultado de pesquisa				(P1) AND (P2) AND (P3) = 2	

Tabela 2: Síntese da pesquisa na base de dados CINAHL.

Mnem ônica			Palavras-chave	Medline	
P	População	Adulto	(S1) Adult	P1 888.442	
C	Contexto	Transição	(S2) Continuity of patient care	P2 2.955	
C	Conceito	Intervenções EER	(S3) Rehabilitation	P3 1.194	
Resultado de pesquisa			(P1) AND (P2) AND (P3) = 2		

Tabela 3: Síntese da pesquisa na base de dados Medline.

2.1. Critérios de Inclusão dos Estudos

Relacionados com o desenho do estudo: Artigos de método qualitativo e quantitativo baseados em evidência científica.

Relacionados com os participantes: Adultos submetidos a transição dos cuidados hospitalares para a comunidade

Relacionados com o fenómeno de interesse: Estudos que relacionem os resultados obtidos pelas intervenções efectuadas ao utente em transição de cuidados.

3.2. Diagrama de seleção dos artigos

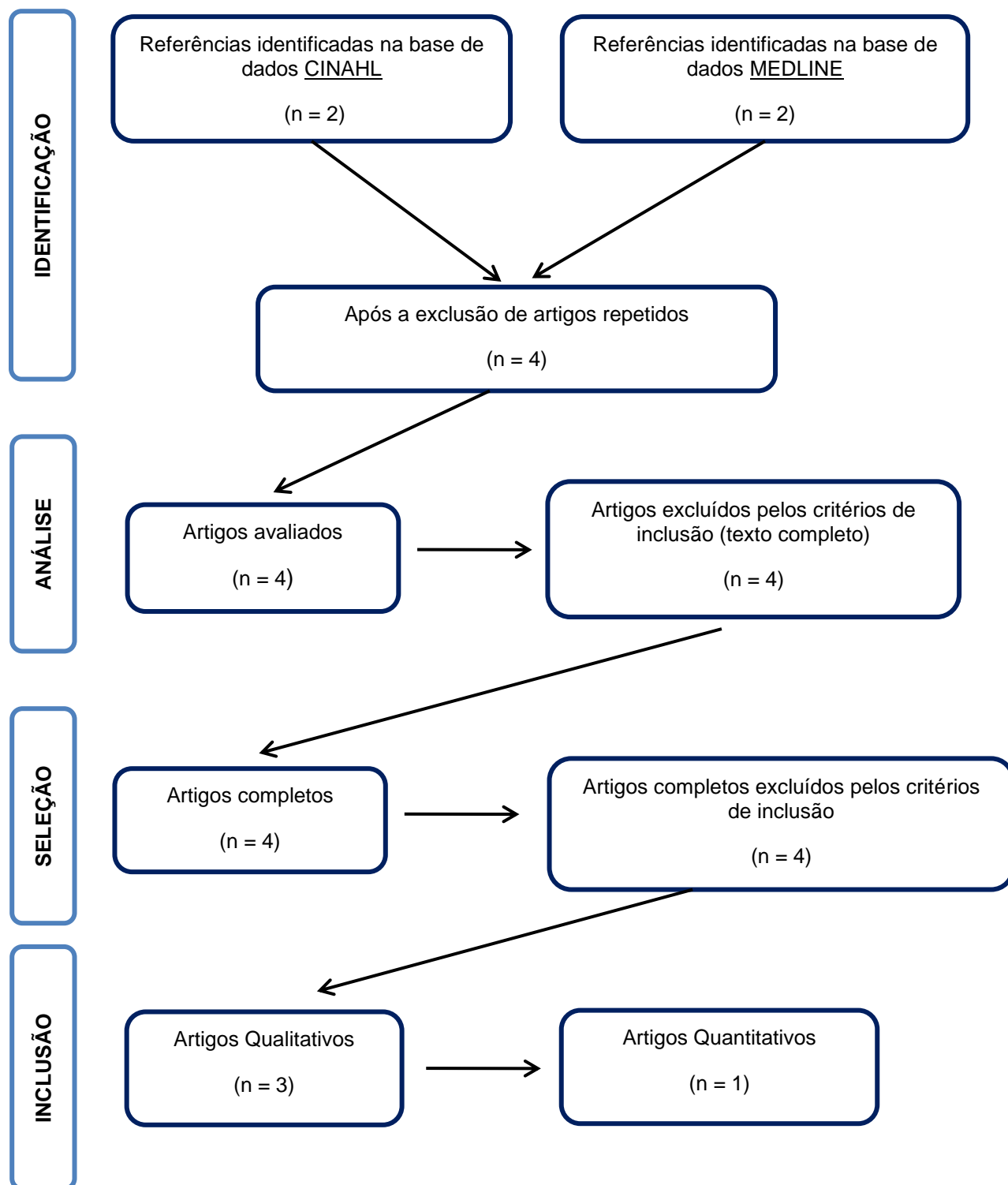


Diagrama: Seleção dos Artigos (adaptado de Prisma 2009 FlowDiagram)

Artigos analisados:

Eicher, V., Murphy, M. P., Murphy, T. F., & Malec, J. F. (2012). Progress assessed with the Mayo-Portland Adaptability Inventory in 604 participants in 4 types of post-inpatient rehabilitation brain injury programs. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 100–107. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.06.038>

Lindahl, M., Hvalsoe, B., Poulsen, J. R., & Langberg, H. (2013). Quality in rehabilitation after a working age person has sustained a fracture: Partnership contributes to continuity. *Work*, 44(2), 177–189. <http://doi.org/10.3233/WOR-121498>

Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S. L., Sobral-Ferreira, M., Montilla-Herrador, J., Jimeno-Serrano, F. J., & Escolar-Reina, P. (2013). What elements of the informational, management, and relational continuity are associated with patient satisfaction with rehabilitation care and global rating change? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(11), 2248–2254. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.04.018>

Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S., Sobral-Ferreira, M., Del Baño-Aledo, M. E., Escolar-Reina, P., Montilla-Herrador, J., & Collins, S. M. (2011). Continuity of rehabilitation services in post-acute care from the ambulatory outpatients' perspective: A qualitative study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(1), 58–64. <http://doi.org/10.2340/16501977-0638>

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C., Ferreira, I. A., & Faria, I. F. (2009). Lesões medulares não traumáticas - Caracterização da população de um Centro de Reabilitação Non-traumatic spinal cord injury - Characterization of the population of a Rehabilitation Center, *20*(1), 3–6.
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados, *13*, 61–71.
- Dossa, A., Bokhour, B., & Hoenig, H. (2012). Care transitions from the hospital to home for patients with mobility impairments: patient and family caregiver experiences. *Rehabilitation Nursing*, *37*(6), 277–285 9p. <http://doi.org/10.1002/rnj.047>
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(5), 1165–73. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x>
- Enfermeiros, O. dos. (2004). Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. *Suplemento Da Revista Da Ordem de Enfermeiros*, *13*(Julho), 2–8.
- Gomes, B. (2008). Enfermagem de reabilitação. Um contributo para a satisfação do utente.
- IP, I. N. de E. (2014). *Estatística demográficas 2014*.
- Klebine, P. (2015). Understanding Spinal Cord Injury : Part 1 — The Body Before and After Injury. *MSKTC Facts Sheet*, (January), 1–3. Retrieved from http://www.msktc.org/lib/docs/Factsheets/SCI_Understand_Spin_Crd_Inj_Prt1.pdf
- Lee, B. B., Cripps, R. A., Fitzharris, M., & Wing, P. C. (2014). The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*, *52*(2), 110–6. <http://doi.org/10.1038/sc.2012.158>
- Meleis, A. I. (2010). *Tansitions Theory - midle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. A., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
<http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Monteiro, W. D. (1997). Força Muscular: uma abordagem fisiológica em função do sexo, idade e treinamento. *Revista Brasileira de Atividade Física E Saúde*, 50–56.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem 2001. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Retrieved from
<http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+dos+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+qualidade>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 1).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). REGULAMENTO DA INDIVIDUALIZAÇÃO DAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE ENFERMAGEM.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). Regulamento das Competências Específicas do EEER, 5.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2.^a Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 125/2011 Regulamento - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Preâmbulo, 25118–25120.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, 16655–16660. Retrieved from www.ordemenfermeiros.pt/

- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 32(1), 27–36. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Saif, D., Saif, A., & Sarhan, F. (2013). An overview of traumatic spinal cord injury: part 3. Rehabilitation. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 9(4), 187–194. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/1440667074?accountid=11862%5Cnhttp://openurl.ac.uk/athens:112?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:britishnursingindex&atitle=An+overview+of+traumatic+spinal+cord+injur
- Silva, F. R. da C. e. (2013). A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa / Família com Lesão Vertebro Medular na Promoção da Mobilidade no Domicílio.
- Simões, C. M. L. (2008). Paraplegia : prevalência, etiologia e processo de reabilitação, 105. <http://doi.org/616.8-009.11-031>
- Sousa, E. S. A. (2011). A Família - Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação. Retrieved from http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1775/1/MER_Tese_Salomé_2011.pdf
- Tanner, C. a. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
- Van Den Berg, M. E. L., Castellote, J. M., Mahillo-Fernandez, I., & De Pedro-Cuesta, J. (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: A systematic review. *Neuroepidemiology*, 34(3), 184–192. <http://doi.org/10.1159/000279335>

Apêndice II

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Reabilitação

Trabalho de Projeto

Intervenções do EER à pessoa e família em situação
de Lesão Vertebro-Medular no processo de
transição dos cuidados hospitalares para a
comunidade

Pedro Miguel Melo Faustino

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Reabilitação

Trabalho de Projeto

Intervenções do EER à pessoa e família em situação
de Lesão Vertebro-Medular no processo de
transição dos cuidados hospitalares para a
comunidade

Pedro Miguel Melo Faustino

Orientador: Prof.º Joaquim Paulo Oliveira

Lisboa

2016



Abreviaturas

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

ECCI Cuidar + – Equipa de Cuidados Continuados Integrados Cuidar +

EEER – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

LVM – Lesão Vertebro-Medular

ME – Medula Espinhal

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

WHO – World Health Organization

Índice

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO.....	5
1.1 – Título	
1.2 - Palavras-chave	
1.3 - Data do início	
1.4 - Duração	
 2 - INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....	 6
 3 - COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA.....	 7
3.1 – Sumário.....	7
3.2 – Enquadramento conceptual do tema.....	8
3.2.1 – A pessoa em situação de LVM.....	10
3.2.2 – Impacto do papel do EEER na pessoa com LVM.....	12
3.2.3 – Importância do EEER no processo de Transição na pessoa com LVM.....	14
3.3 – Plano de trabalho e métodos	
3.3.1 – Problema Geral e Parcelares.....	16
3.3.2 – Objetivo Geral e Específicos.....	16
3.3.3 – Fundamentação da escolha dos locais de Estágio.....	17
3.3.4 – Descrição das tarefas e Resultados esperado.....	18
 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 19
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	 20
 APÊNDICES	
Apêndice I – Scoping Review	
Apêndice II – Planeamento das Atividades	
Apêndice III – Guião das Entrevistas	
Apêndice IV – Cronograma	

1- IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

1.1 – Título

Intervenções do EEER à Pessoa e Família em situação de Lesão Vertebro-Medular (LVM) no processo de Transição dos cuidados hospitalares para a comunidade.

1.2 - Palavras-chave

Processo de Transição

Lesão Vertebro-Medular

Enfermagem de Reabilitação

Intervenções do EEER

Comunidade

1.3 - Data do início

26 de Setembro de 2016

ECCI Cuidar +: 26 de Setembro de 2016 a 25 de Novembro de 2016

UVM CHLC: 28 de Novembro de 2016 a 12 de Fevereiro de 2017

1.4 - Duração

18 Semanas

2- INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

As instituições envolvidas na realização deste projeto são:

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL);
- Unidade Vertebro-Medular (UVM) do Centro Hospitalar Lisboa Central;
- Equipa de Cuidados Continuados Integrados Cuidar + (ECCI Cuidar +) integrada na UCC Oeiras Oriental.

3- COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

3.1 - Sumário

A realização deste projeto ocorre no âmbito da Unidade Curricular Opção II integrada no 7º CMER lecionado na ESEL e pretende planear o meu percurso ao longo do 3º semestre do ano letivo de 2016/2017.

Este planeamento exigiu uma reflexão crítica da minha atual prestação de cuidados de enfermagem, paralelamente com os objetivos propostos, estratégias e competências a desenvolver face às minhas necessidades pessoais e profissionais.

O tema surge inicialmente do facto de ter prestados cuidados ao longo da minha carreira à pessoa com LVM no Serviço de Urgência do CHLC, maioritariamente em contexto de trauma.

Desempenhei funções durante 12 anos no serviço de Urgência do CHLC e desde 2012 desenvolvo a minha atividade integrado numa Unidade de Saúde Familiar da qual surge outro interesse pessoal a desenvolver no tema proposto que é o impacto na pessoa com LVM da transição entre o hospital e a comunidade.

Para enquadrar a importância de ambas as vertentes de interesse pessoal, foi realizada uma Scoping Review (Apêndice I) com recurso à base de dados EBSCO de onde surgiram 4 artigos pertinentes ao tema e adicionalmente a realização de consulta de teses de mestrado e manuais de referência oriundos da biblioteca da ESEL.

A LVM apresenta uma incidência de cerca de 57,8 casos por milhão (Van Den Berg et al., 2010), em que o trauma surge como causa principal, maioritariamente por sinistralidade rodoviária. É pelo fator devastador da LVM na pessoa provocando alterações ao nível psicológico, respiratório, motor, circulatório e sexual que abordarei ao longo do meu percurso formativo as intervenções do EEER à pessoa e família em situação de LVM no processo de transição dos cuidados hospitalares para a comunidade. É a minha intenção ter como foco principal a transição para o domicílio da pessoa com LVM e sua família no olhar da Teoria de Médio Alcance de Afaf Meleis.

Na minha realidade profissional é frequente o meu contato com pessoas e suas famílias em processo de transição dos cuidados hospitalares para a comunidade, apresentando-se este como um processo de elevada complexidade e que entendo que as competências de um EEER podem ser uma mais-valia.

A revisão da literatura descreve o EEER como um elemento no processo de reabilitação que garante a continuidade de cuidados assumindo o papel de elemento de referência para a pessoa e família pela gestão dos recursos como no desenvolvimento de intervenções para as necessidades identificadas.

Para o desenvolvimento das competências descritas no Regulamento nº 125/11 do EEER da OE proponho-me a realizar um conjunto de atividades descritas no Apêndice II, com a finalidade de atingir os objetivos propostos.

3.2 – Enquadramento Conceptual do Tema

A coluna vertebral é composta por 33 vértebras, das quais 24 são móveis e 9 são fixas e é o suporte mais importante do corpo humano. A Medula Espinhal (ME) é o elo de ligação entre o nosso cérebro e o sistema nervoso periférico, integrando a informação que recebe e transmitindo as respostas por mecanismos reflexos. A ME compõe-se por um segmento cervical, torácico, dorsal e sagrado por onde 31 pares de nervos raquidianos deixam a ME pelos buracos intervertebrais e é protegida pelas vértebras da coluna vertebral. (Klebine, 2015).

Para a OE (2009) a LVM podem ocorrer por compressão, tração ou rutura de tecidos sem necessariamente ocorrer secção física da ME. Os danos são normalmente causados pelos fragmentos de ossos, de disco ou de ligamentos que atingem a ME e/ou nervos raquidianos. Por doença ou infeção pode ocorrer os mesmos processos anteriormente descritos. (Klebine, 2015).

A lesão designa-se de Tetraplegia ou Paraplegia, parcial ou completa de acordo com o nível a que a lesão ocorreu. A lesão completa implica a inexistência de função sensorial e motora abaixo do nível da lesão, enquanto a lesão parcial ainda permite alguma função sensorial e motora abaixo desse nível. (Klebine, 2015).

Após o incidente que causou a LVM ocorre um período de choque medular caracterizado por ausência da atividade reflexa abaixo do local da lesão, incluindo a perda de função reflexa autonómica, motora e sensorial, dependendo a sua intensidade do nível da lesão. Pode durar dias ou semanas, desaparecendo em mais de 90% dos casos em 24 horas.

O choque medular caracteriza-se pela paralisia flácida de todos os músculos

inervados pela região traumatizada da medula, bem como pelos segmentos situados abaixo da lesão. Surge paralisia flácida de todos os músculos esqueléticos, ausência dos reflexos tendinosos, reflexo peniano, sensibilidade cutânea, propriocepção, sensibilidade visceral e somática e, ainda, retenção urinária, retenção de fezes e anidrose (OE, 2009)

Após este período que pode variar entre horas, dias ou semanas ocorre o regresso da excitabilidade dos neurónios espinhais e consequentemente o retorno da atividade reflexa iniciando-se neste momento a delimitação progressiva dos défices motores e sensoriais específicos da lesão (Hoeman, 2000).

Para Hoeman (2000) esta fase de avaliação de sequelas em que ocorre um progressivo retorno de funções mesmo sem controlo voluntário é o momento de aproveitamento máximo das potencialidades da pessoa e para o início de um programa de reabilitação.

O EEER pode desenvolver uma avaliação e classificação neurológica da LVM através da escala de avaliação da American Spinal Injury Association (ASIA). Esta ferramenta baseada na escala de Frankel executa uma classificação do grau de lesão medular classificando estas lesões como:

- A – Completa - Não há função sensitiva ou motora nos segmentos sacrados S4-S5.
 - B – Incompleta - Há função sensitiva mas não motora preservada abaixo do nível neurológico, estendendo-se aos segmentos sacrados S4 – S5.
 - C – Incompleta - Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e a maioria dos músculos-chave, abaixo do nível neurológico, têm força muscular inferior a 3.
 - D – Incompleta - Há função motora preservada abaixo do nível neurológico e pelo menos metade dos músculos-chave, abaixo do nível neurológico, têm força muscular igual ou superior a 3.
 - E – Normal - As funções sensitivas e motoras são normais.
- (OE, 2009)

O tipo e gravidade da lesão acarretam alterações da sensibilidade e função motora de acordo com a localização e extensão da lesão provocando alterações como dor crónica, disfunção urinária, úlceras de pressão, complicações intestinais e sexuais, depressão, problemas cardíacos e respiratórios (OE, 2009).

3.2.1 – A pessoa em situação de LVM

A LVM pode resultar de traumatismos ou doenças sendo as de causa traumática mais frequentes do que aquelas provocadas por doença (Klebine, 2015). Em Portugal a maior parte de incidentes provocadores de LVM devem-se a causas traumáticas em que 39% destes são acidentes de viação (Simões, 2008). As causas para a LVM não traumática recaem em causa neoplásica (20,3%), degenerativa (18,8%), iatrogénica (18,8), infecciosa (15,9%), idiopática (13%), vascular (11,6%) e autoimune (1,4%) (Almeida, Ferreira, & Faria, 2009).

Do ponto de vista internacional a WHO (2013) referia Portugal como o 2º país da CE em 2010 com o maior valor de sinistralidade rodoviária em que as lesões decorrentes acarretam elevados custos individuais e económicos para a sociedade.

Um estudo de incidência mundial realizado sobre a LVM, de natureza traumática, estima que a taxa de incidência global para este tipo de lesão ronda os 23 casos por milhão (Lee, Cripps, Fitzharris, & Wing, 2014). É apontado para Portugal num estudo efetuado em 2010 de uma taxa de incidência de LVM traumáticas na ordem dos 57,8 casos por milhão (Van Den Berg et al., 2010).

A OE (2009) apoiada em relatórios da International Campaign for Cures of Spinal Cord Injury Paralysis considera a LVM como um problema de saúde da maior importância estimando *que em “cada ano mais de 130000 pessoas sobrevivam a um trauma medular e iniciem uma nova e diferente forma de viver condicionadas a uma cadeira de rodas por 40 ou mais anos”*.

Pela realidade acima descrita podemos assumir que é fundamental possuir um corpo de conhecimentos e competências que nos permitam atuar juntos das pessoas com LVM e sua família de modo a melhorar a sua condição e qualidade de vida.

Para a OE (2011) o EEER concebe, implementa e monitoriza cuidados diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas apoiado num nível elevado de conhecimentos e que lhe permite tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

O contato com a pessoa com LVM inicia-se no pré-hospitalar com a utilização de protocolos de avaliação e transferência para unidades especializadas em que se preconiza a avaliação rápida da pessoa, sua estabilização e imobilização.

Para OE (2009) nos cuidados imediatos na LVM é fundamental a:

- Estabilização evitando manobras indevidas executando decúbito dorsal, lateral e

ventral alinhados;

-Imobilização da zona lesada com a colocação de colares cervicais tipo Minerva;

-Descompressão com colocação de tração temporária (Compasso) ou definitiva (Halo).

- **Tratamento Cirúrgico**

A principal finalidade do tratamento cirúrgico é permitir a estabilização da coluna vertebral pela redução e/ou descompressão da causa da LVM. O procedimento cirúrgico é adequado às características individuais da pessoa, o mecanismo, localização e extensão da LVM. Tem como principais objetivos a preservação e/ou recuperação remanescente da função neurológica, reparar a anatomia vertebral lesada, recuperar o máximo de função sensitiva-motora da pessoa e dar início o mais rapidamente possível ao processo de reabilitação (Saif, Saif, & Sarhan, 2013)

- **Processo de Reabilitação**

De acordo com Saif et al (2013) os EEER como elementos integrados numa equipa multidisciplinar chamam a si intervenções ao nível da atuação nas complicações intestinais e vesicais, cuidados respiratórios, comer e beber, autocuidado, higiene, tratamento e prevenção de úlceras de pressão e comunicação com a Pessoa com LVM. Estes autores ainda defendem que os EEER demonstram uma atuação relevante na educação, motivação e comunicação com a Pessoa com LVM e sua família para a preparação para a alta. Estes profissionais têm um papel preponderante na identificação e prevenção de complicações relacionadas com a LVM. O EEER encoraja a pessoa com LVM a ser ativo no seu processo de reabilitação, desenvolvendo uma grande parte do trabalho de preparação para a alta hospitalar e transição para a comunidade em que auxiliando na adequação dos ensinamentos às condições existentes e avaliando as condições em casa propondo as alterações possíveis (Saif et al., 2013).

Já para Gomes (2008) a formação especializada permite uma mais-valia no âmbito da conceptualização, planeamento, coordenação de equipas e investigação. A formação é em si um instrumento para o desenvolvimento das atividades implementadas em contexto de trabalho. Esta autora ainda argumenta que existe por parte dos enfermeiros especialistas uma maior preocupação pela conceptualização do processo de enfermagem pela execução das suas quatro etapas (avaliação inicial, planeamento, execução e avaliação final).

Para Sousa (2011) a atuação do EEER é caracterizado pela procura contínua da qualidade dos cuidados, manifestadas em áreas da gestão de cuidados e uma prática de enfermagem baseada na evidência. Considera a mesma autora que o EER tem toda a importância em diferentes contextos desde o hospitalar, pelos cuidados continuados até aos cuidados de saúde primários pela sua intervenção nos processos de adaptação e transição no âmbito da saúde e doença ou incapacidades.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação determina que este *concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa...e utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.*(OE, 2010)

Este projeto tem como finalidade apresentar o percurso formativo para a aquisição e desenvolvimento das competências previstas no Regulamento nº125/2011 relativas às competências específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação e às competências comuns do Enfermeiro Especialista descritas no Regulamento nº122/2011.

3.2.2 – Impacto do papel do EEER no processo de Transição na Pessoa com LVM

Este trabalho projeta um percurso de formação que se propõe a analisar o processo de transição da pessoa com LVM do contexto hospitalar para casa.

Meleis (2010) define transição como a passagem de uma fase da vida, condição ou determinado nível para outra, que abrange os domínios do tempo e sua percepção. Para a autora os enfermeiros podem intervir nos processos de transição quando estes estão relacionados com a saúde e a doença ou quando as suas respostas no processo de transição colocam em risco a sua saúde.

Esta teoria enquadra-se na Teoria de Médio Alcance em que uma transição termina quando é criada uma estabilidade com o estado anterior. Considera-se 4 tipos de transições: desenvolvimento (quando acontecem no foro do ciclo vital), situacionais

(associadas a acontecimentos que provoca alterações de papéis), saúde-doença (na mudança de bem-estar para um estado de doença) e organizacionais (mudanças ambientais ou na estrutura organizacional).

Meleis (2010) afirma que a pessoa e família podem vivenciar transições de modo distinto em momentos únicos, múltiplos ou sequenciais. Podem ser interdependentes ou relacionadas quando uma mudança obriga a outra. Existem propriedades transversais aos tipos de transição e que as caracterizam como: a consciencialização (percepção da própria transição), o envolvimento (investimento pessoal ou familiar), a mudança, temporalidade (importância do momento de tempo em que ocorre) e os pontos críticos (momento chave na vida da pessoa). Simultaneamente podemos ter condições facilitadoras ou inibidoras a influenciar as transições desde fatores: pessoais (crenças, atitudes), comunitário e da sociedade (suporte familiar, apoio domiciliário, serviços de saúde).

O modo como a pessoa vivencia a transição segundo Meleis (2010) pode ser avaliada por um processo de análise de indicadores. Estes indicadores são descritos por sentir ligação ou coping, interagir ou desenvolver confiança e são materializados por uma mestria e integração da identidade da pessoa e o fim da transição.

Teoria das Transições

Tipos:	Padrões:	Propriedades:
Desenvolvimental	Simple	Consciência
Situacional	Múltiplos	Envolvimento
Saúde/Doença	Sequencial	Mudança
Organizacional	Simultânea	Tempo
	Relacionada/Não Relacionada	Ponto crítico

<p>Condições de Transição</p> <p>Pessoais</p> <p>Comunidade</p> <p>Sociedade</p>
<p>Indicadores de resposta</p> <p>Sentir estar ligado</p> <p>Interagir</p> <p>Confiança</p> <p>Coping</p>
<p>Indicadores de resultados</p> <p>Mestria</p> <p>Integração da identidade</p>

Fonte: Adaptado de Meleis (2010)

Os enfermeiros são os profissionais que mais contato têm com a pessoa em processo de transição e que vivenciam a passagem de um estado ou condição nos vários acontecimentos de vida. Os EEER orientam as suas intervenções em ambiente de parceria em torno das capacidades das pessoas para vivenciar uma transição saudável, com ênfase na prática centrada na pessoa e suas necessidades.

Para Hoeman (2011) o EEER desenvolve um papel vital na identificação das necessidades da pessoa e sua família e desenvolvimento de estratégias que facilitem o sucesso da reintegração e prevenção de reinternamentos. Para este autor o EEER desenvolve um papel específico no planejamento da transição de um serviço para a comunidade, através do envolvimento da sua família e coordenação com os recursos da comunidade com vista a uma reintegração com sucesso.

3.2.3 – Importância do EEER no processo de Transição na pessoa com LVM

Para Hoeman (2011) a "capacidade de gerir cuidados e outros profissionais de saúde, considerando as prioridades e a economia, é particularmente valiosa na comunidade, porque as enfermeiras coordenam os cuidados, bem como os profissionais e auxiliares em casa."

O EEER tem nas suas competências um papel importante na continuidade de cuidados, na promoção da reintegração social, aquisição e manutenção das capacidades da pessoa e na sua transição para uma nova realidade.

Segundo Andrade (2009) desta realidade surge novos desafios para quem regressa a casa com dependência, para os seus cuidadores e para os profissionais de saúde que têm nas suas mãos os instrumentos e recursos para a implementação de programas de reabilitação. A intervenção do EEER no momento de transição para a comunidade tem um efeito no impacto no processo de adaptação a uma nova condição (Hoeman, 2011).

De acordo com a OE (2011) o EEER é preponderante no processo de transição e continuidade de cuidados na medida em que este *"Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa."* (Regulamento nº 125/2011).

O EEER tem nas suas competências específicas a capacidade de execução de métodos de trabalho para cuidar a pessoa com LVM no seu ambiente pessoal e familiar, com o objetivo da sua reintegração na comunidade. Hoeman (2011) sustenta que "a prática na comunidade capacita as enfermeiras de reabilitação para expandirem a sua base de conhecimento, tentar métodos novos e criativos para atingir objectivos e serem flexíveis, porque cada comunidade é única e dinâmica"

A OE (2009) ainda reforça que *"as pessoas com LM necessitam de apoios e ajudas, mas necessitam fundamentalmente de uma sociedade integradora, para a qual os políticos, o cidadão comum e sobretudo os profissionais de saúde, enfermeiros, médicos e outros, têm de contribuir"*.

3.3 – Plano de trabalho e métodos

A realização deste projeto iniciou-se com a formulação do tema da intervenção do EER à pessoa em situação de transição do hospital para a comunidade e que me proponho a desenvolver ao longo do último semestre. Iniciei este percurso com o levantamento da melhor evidência que encontrei disponível através da realização de uma Scoping Review (Apêndice I). Recorri ainda à pesquisa na base de dados EBSCO, teses de mestrado, livros e manuais de referência da área da reabilitação.

Para a orientação deste projeto também foram realizadas reuniões intercalares com o docente orientador – Prof.^o Joaquim Paulo Oliveira e realizadas visitas aos locais de estágio para realização de entrevistas aos EER (Apêndice III) para reforçar o documento.

3.3.1 – Problema Geral e Parcelares

De encontro ao tema do projeto o problema geral é “Que atividades devem ser realizadas para desenvolver as competências previstas para o EER no cuidar da pessoa com LVM em transição para a comunidade?”

Problemas Parcelares:

- Qual é a atuação do EER nestes campos de estágio?;
- Que intervenções são desenvolvidas num programa de cuidados de enfermagem de reabilitação no contexto hospitalar e domicílio?;
- Como promover uma adesão a planos de reabilitação de enfermagem?;
- Quais são os recursos hospitalares e na comunidade nesta área de intervenção? ;
- Quais são as competências a desenvolver com a pessoa e família no domicílio? ;
- Como avaliar os cuidados prestados para ser instrumento de desenvolvimento e reformulação da prática? ;
- Quais são os ganhos em saúde na intervenção do EER?

3.3.2 – Objetivo Geral e Específicos

De acordo com a experiência existente e conhecimentos adquiridos defino como objetivo geral o desenvolvimento de competências na área de reabilitação descritas no regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista de reabilitação, no cuidado à pessoa com LVM em processo de transição.

Objetivos específicos:

- 1 - Integrar e interagir de forma gradual com as equipas dos locais de estágios;
 - 1.1 - Analisar a dinâmica, funcionamento e organização de forma a identificar o campo de atuação do EEER;
- 2 - Conceber planos de cuidados com vista a planear um processo de transição que consiga gerar qualidade de vida e integração social à pessoa com LVM;
- 3 - Prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados que promovam uma transição saudável à pessoa com LVM, utilizando o Processo de Enfermagem enquanto metodologia científica de trabalho;
 - 3.1 - Desenvolver e implementar programas de reabilitação à pessoa com LVM no domicílio;
- 4 - Descrever os recursos existentes na comunidade;
- 5 - Ampliar conhecimentos científicos e técnicos para a prestação de cuidados à pessoa com LVM;
- 6 - Preparar para a alta da pessoa com LVM com articulação aos recursos da comunidade;
- 7 - Demonstrar as intervenções que traduzam ganhos em saúde.

3.3.3 – Fundamentação da escolha dos locais de Estágio e Instituições envolvidas

ESEL

A ESEL resulta da fusão das quatro escolas superiores de enfermagem públicas de Lisboa - Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara; Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa; Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil e Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. Hoje dá formação ao nível dos 3 ciclos de estudos sendo tutelada pelo Ministério da Educação e Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

ECCI Cuidar +

A ECCI Cuidar + é uma unidade integrada na comunidade que desenvolve a sua atividade à luz do Programa de Cuidados Continuados definido no Decreto-Lei nº101/2006 de 6 de junho. Em equipa multidisciplinar são desenvolvidas atividades de avaliação e intervenções para a saúde e apoio social, promovendo a recuperação

global, autonomia, melhorar a funcionalidade na situação de dependência através da reabilitação, reinserção familiar e social. A ECCI Cuidar + iniciou também recentemente prestação de cuidados na área paliativa.

Tem uma articulação com os recursos da comunidade a nível camarário, grupos de apoio e outros parceiros sociais. A ECCI Cuidar + é constituída por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo e fisioterapeuta. Tem contratualizado com o ACES uma carteira permanente de 20 utentes, que pode ser reforçada com o aumento de recursos.

A Equipa de enfermagem é composta por 4 enfermeiros dos quais três são EEER e um generalista. Tem como objetivo principal promover aos utentes residentes na sua área geográfica a autonomia e funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, assim como promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa e sua família na fase final de vida em contexto domiciliário.

Considero este local ideal para o desenvolvimento de competências do EEER descritas neste projeto. Terei a oportunidade de desenvolver essas competências pela prestação de cuidados especializados na reabilitação, reeducação e integração social na pessoa na passagem do meio hospitalar para o contexto domiciliário.

O estágio na ECCI Cuidar + decorrerá entre 26 de Setembro de 2016 e 25 de Novembro de 2016 com a orientação de um EEER .

UVM

Unidade pertencente ao Centro hospitalar de Lisboa – Zona Central. Localiza-se no vulgo hospital de São José, um dos hospitais do grupo Hospitais Cívicos de Lisboa. Por motivos inerentes à instituição a entrevista foi adiada para Setembro. O estágio decorrerá entre 28 de Dezembro de 2016 e 12 de Fevereiro de 2017.

3.3.4 – Descrição das tarefas e Resultados esperado

O Planeamento visa o desenvolvimento das competências descritas pela OE para o Enfermeiro Especialista (OE, 2010a) e para o EEER (2010b) e a concretização dos objetivos para este projecto. A delimitação temporal destas mesmas atividades poderá ser consultada no cronograma disponível no apêndice IV.

Considera-se como pressuposto que todas as atividades previstas têm subjacente o desenvolvimento de uma prática profissional assente no respeito pelos princípios éticos fundamentais, pelo Código Deontológico e pelas preferências do utente/família/

Cuidadores. Desta forma a competência comum definida para o Enfermeiro Especialista no domínio: A – DOMINIO DA RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL, é transversal a todas as atividades planeadas neste projeto.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto resulta de uma reflexão do meu percurso profissional e o desenvolvimento acadêmico realizado até ao momento. É um trabalho que estrutura a minha aprendizagem futura com o objetivo de desenvolver as competências inerentes ao EEER, pela delineação das atividades e busca dos conhecimentos científicos em redor do tema proposto.

Este trabalho foi sustentado numa busca pela melhor evidência científica sobre o tema, que nos aponta que o EEER enquadrado numa equipa multidisciplinar, é considerado um elemento relevante no sucesso na transição da pessoa com LVM do contexto hospitalar para a comunidade.

A importância do impacto da LVM na pessoa, família e sociedade em termos epidemiológicos, as consequências físicas e psicológicas na transição para uma nova condição são fatores motivadores para uma intervenção do EEER sustentada numa prática baseada na evidência. A complexidade das técnicas, competências e conhecimentos científicos na prestação de cuidados à pessoa com LVM em processo de transição invoca a necessidade de intervenções e saberes científicos enquadrados ao nível da formação especializada.

São expectáveis alguns constrangimentos na aplicação deste projeto nos locais de estágio, mas que ainda não é possível os definir. De modo a projetar a realização das atividades coloca-se em cronograma (Apêndice IV) a sua distribuição como ferramenta integrante do projeto para auxiliar na gestão das tarefas.

Este projeto deve ser encarado como um trabalho dinâmico, com potencial de adaptação à realidade que surgir ao longo dos estágios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C., Ferreira, I. A., & Faria, I. F. (2009). Lesões medulares não traumáticas - Caracterização da população de um Centro de Reabilitação Non-traumatic spinal cord injury - Characterization of the population of a Rehabilitation Center, 20(1), 3–6.
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados, 13, 61–71.
- Dossa, A., Bokhour, B., & Hoenig, H. (2012). Care transitions from the hospital to home for patients with mobility impairments: patient and family caregiver experiences. *Rehabilitation Nursing*, 37(6), 277–285 9p. <http://doi.org/10.1002/rnj.047>
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5), 1165–73. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x>
- Enfermeiros, O. dos. (2004). Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. *Suplemento Da Revista Da Ordem de Enfermeiros*, 13(Julho), 2–8.
- Gomes, B. (2008). Enfermagem de reabilitação. Um contributo para a satisfação do utente.
- IP, I. N. de E. (2014). *Estatística demográficas 2014*.
- Klebine, P. (2015). Understanding Spinal Cord Injury : Part 1 — The Body Before and After Injury. *MSKTC Facts Sheet*, (January), 1–3. Retrieved from http://www.msktc.org/lib/docs/Factsheets/SCI_Understand_Spin_Crd_Inj_Prt1.pdf
- Lee, B. B., Cripps, R. A., Fitzharris, M., & Wing, P. C. (2014). The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*, 52(2), 110–6. <http://doi.org/10.1038/sc.2012.158>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. A., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Monteiro, W. D. (1997). Força Muscular: uma abordagem fisiológica em função do sexo, idade e treinamento. *Revista Brasileira de Atividade Física E Saúde*, 50–56.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem

2001. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+d os+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+qualidade>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 1).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). REGULAMENTO DA INDIVIDUALIZAÇÃO DAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE ENFERMAGEM.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). Regulamento das Competências Específicas do EEER, 5.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2.^a Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 125/2011 Regulamento - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Preâmbulo, 25118–25120.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, 16655–16660. Retrieved from www.ordemenfermeiros.pt/
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 32(1), 27–36. <http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Saif, D., Saif, A., & Sarhan, F. (2013). An overview of traumatic spinal cord injury: part 3. Rehabilitation. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 9(4), 187–194. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/1440667074?accountid=11862%5Cnhttp://openurl.ac.uk/athens:112?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:britishnursingindex&atitle=An+overview+of+traumatic+spinal+cord+injur
- Silva, F. R. da C. e. (2013). A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa /

- Família com Lesão Vertebral Medular na Promoção da Mobilidade no Domicílio.
- Simões, C. M. L. (2008). Paraplegia : prevalência, etiologia e processo de reabilitação, 105. <http://doi.org/616.8-009.11-031>
- Sousa, E. S. A. (2011). A Família - Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação. Retrieved from http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1775/1/MER_Tese_Salomé_2011.pdf
- Tanner, C. a. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
- Van Den Berg, M. E. L., Castellote, J. M., Mahillo-Fernandez, I., & De Pedro-Cuesta, J. (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: A systematic review. *Neuroepidemiology*, 34(3), 184–192. <http://doi.org/10.1159/000279335>
-

APÊNDICE I

7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Reabilitação

Unidade Curricular de Opção II

Revisão Sistemática da Literatura

Intervenções do EER à pessoa em transição dos cuidados hospitalares para os cuidados na
comunidade.

Discente:

Pedro Miguel Melo Faustino

Lisboa

Fevereiro 2016

ÍNDICE

2. BACKGROND

.....

1.1 Questão (PCC) / Objetivos da pesquisa.....

2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

.....

2.1. Critérios de Inclusão dos Estudos

2.2. Diagrama de seleção dos artigos

2. BACKGROUND

A realidade da população portuguesa caracteriza-se pelo aumento da esperança de vida e consequente envelhecimento, com aumento da prevalência das doenças crónicas e aumento de sobrevivência e lesões potencialmente fatais (INE, 2015). De acordo com Ribeiro e Pinto (2014) estes fenómenos obrigam a alterações de práticas nos sistemas de saúde com internamentos mais curtos, altas precoces e mais casos de estadios terminais.

Segundo Andrade (2009) desta realidade surge novos desafios para quem regressa a casa com dependência, para os seus cuidadores como para os profissionais de saúde que têm nas suas mãos os instrumentos e recursos para a implementação de programas de reabilitação. A intervenção do EER no momento de transição para a comunidade tem um efeito no impacto no processo de adaptação a uma nova condição.

Na opinião de Meleis et al. (2000) os enfermeiros podem intervir nos processos de transição ao lidar com as pessoas que vivenciam a passagem de um estado ou condição nos vários acontecimentos de vida, com maior ênfase na prática centrada na pessoa e suas necessidades.

Esta pesquisa teve como objectivo estudar o fenómeno da transição do meio hospitalar para a comunidade e identificar as principais dimensões que a compõem.

Identificaram-se como principais dimensões:

- Parceria
- Relações pessoais entre os profissionais de saúde
- Informação
- Gestão

Sobre estas dimensões o enfermeiro garante a continuidade de cuidados assumindo o papel de elemento de referência para a pessoa e família, na gestão dos recursos e desenvolvimento de intervenções para as necessidades identificadas.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001) a excelência do exercício profissional constrói-se na continuidade da prestação de cuidados de enfermagem, planeamento de altas assente nas necessidades identificadas e máximo aproveitamento dos recursos existentes na comunidade.

2.1 Questão (PCC) / Objetivos da pesquisa

O objetivo desta pesquisa é: Identificar as áreas de intervenção com maior relevância para a pessoa em transição dos cuidados hospitalares para a comunidade.

Com base em tudo o que foi apresentado até ao momento elaborei a seguinte questão de pesquisa, de acordo com a mnemónica PCC:

“Quais são as áreas de intervenção do EER à pessoa adulta em transição dos cuidados hospitalares para a comunidade?”

P: Pessoa adulta (utente, família, cuidador)

C: Transição

C: Intervenções do EER

É pretendido com esta questão a apreciação de artigos científicos que tratem a temática referida.

É esquematizado em quadro a forma estruturada como foi distribuída as palavras-chave, em linguagem natural, por cada um dos constituintes da questão de investigação. Cada conjunto de palavras é designado por P1, P2 e P3.

Mnemónica		Palavras-Chave Em Linguagem Natural	
P	População	Adulto	P1
C	Contexto	Transição	P2
C	Conceito	Intervenções EER	P3

T

TTabela 1: Termos de pesquisa em linguagem natural

3. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O ponto de partida para a revisão sistemática da literatura iniciou-se a Abril de 2016 com a formulação da pergunta de investigação "**Quais são as áreas de intervenção do EER à pessoa adulta em transição dos cuidados hospitalares para a comunidade?**"

Para reunir as evidências científicas relevantes para a nossa RSL, efectuei a pesquisa, nas bases de dados CINAHL e Medline.

Foi estabelecido o intervalo temporal nos últimos 10 anos, e consultados os artigos em texto integral publicados. Como palavras-chaves pesquisei a linguagem indexada de ambas as bases de dados, definindo assim as palavras-chave de acordo com a nossa definição de conceitos e linguagem natural.

Nos quadros seguintes apresentei o esquema da pesquisa realizada em ambas as bases de dados.

Mnemónica			Palavras-chave	CINAHL	
P	População	Adulto	(S1)Adult	P1 388.136	
C	Contexto	Transição	(S2) Continuity of patient care	P2 2.508	
C	Conceito	Intervenções EER	(S3) Rehabilitation	P3 3.085	
Resultado de pesquisa				(P1) AND (P2) AND (P3) = 2	

Tabela 2: Síntese da pesquisa na base de dados CINAHL.

Mnem ónica			Palavras-chave	Medline	
P	População	Adulto	(S1)Adult	P1 888.442	
C	Contexto	Transição	(S2) Continuity of patient care	P2 2.955	
C	Conceito	Intervenções EER	(S3) Rehabilitation	P3 1.194	
Resultado de pesquisa			(P1) AND (P2) AND (P3) = 2		

Tabela 3: Síntese da pesquisa na base de dados Medline.

3.1. Critérios de Inclusão dos Estudos

Relacionados com o desenho do estudo: Artigos de método qualitativo e quantitativo baseados em evidência científica.

Relacionados com os participantes: Adultos submetidos a transição dos cuidados hospitalares para a comunidade

Relacionados com o fenómeno de interesse: Estudos que relacionem os resultados obtidos pelas intervenções efectuadas ao utente em transição de cuidados.

3.2. Diagrama de seleção dos

artigos

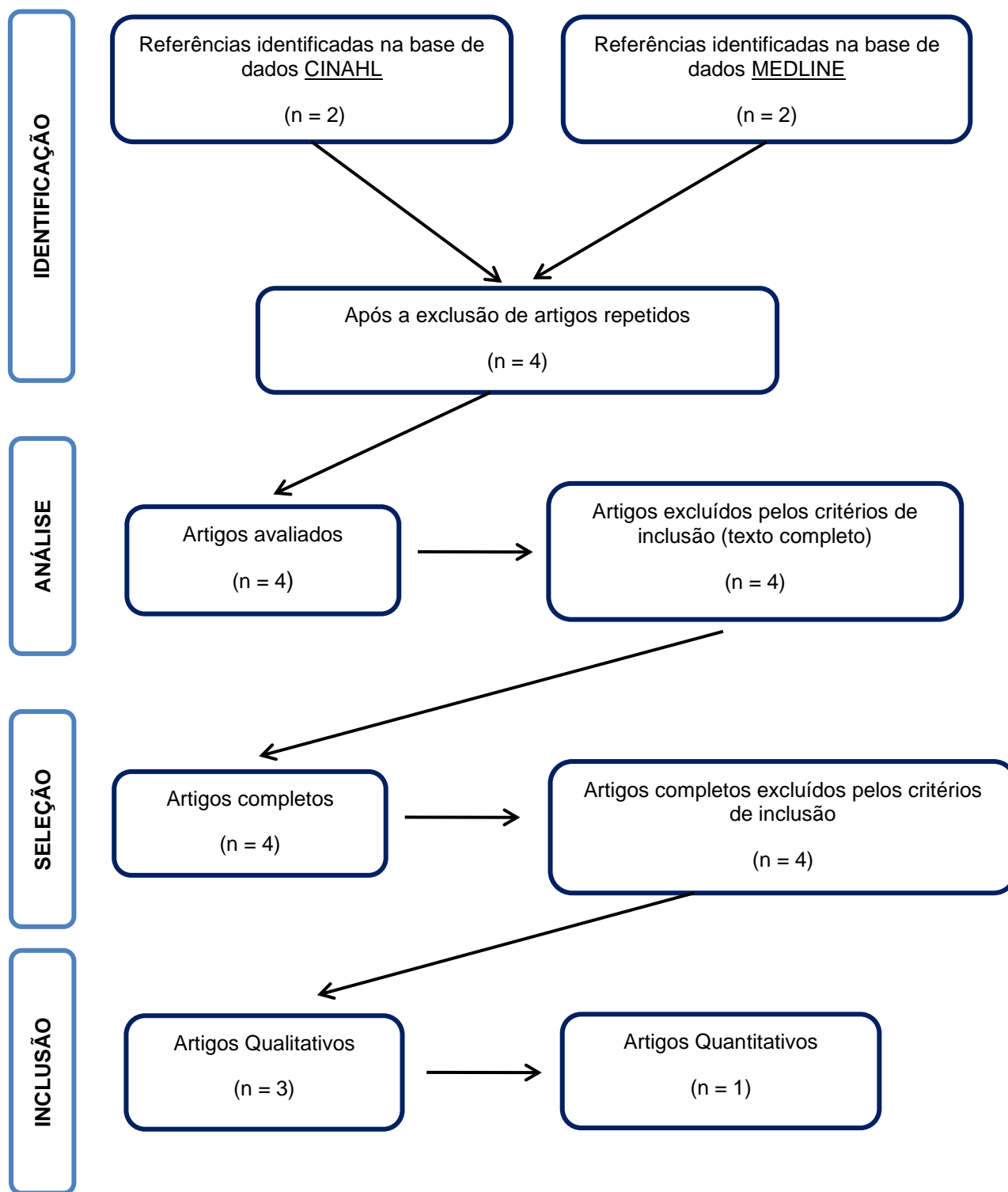


Diagrama: Seleção dos Artigos (adaptado de Prisma 2009 FlowDiagram)

Artigos analisados:

Eicher, V., Murphy, M. P., Murphy, T. F., & Malec, J. F. (2012). Progress assessed with the Mayo-Portland Adaptability Inventory in 604 participants in 4 types of post-inpatient rehabilitation brain injury programs. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(1), 100–107. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.06.038>

Lindahl, M., Hvalsoe, B., Poulsen, J. R., & Langberg, H. (2013). Quality in rehabilitation after a working age person has sustained a fracture: Partnership contributes to continuity. *Work*, 44(2), 177–189. <http://doi.org/10.3233/WOR-121498>

Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S. L., Sobral-Ferreira, M., Montilla-Herrador, J., Jimeno-Serrano, F. J., & Escolar-Reina, P. (2013). What elements of the informational, management, and relational continuity are associated with patient satisfaction with rehabilitation care and global rating change? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(11), 2248–2254. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2013.04.018>

Medina-Mirapeix, F., Oliveira-Sousa, S., Sobral-Ferreira, M., Del Baño-Aledo, M. E., Escolar-Reina, P., Montilla-Herrador, J., & Collins, S. M. (2011). Continuity of rehabilitation services in post-acute care from the ambulatory outpatients' perspective: A qualitative study. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(1), 58–64. <http://doi.org/10.2340/16501977-0638>

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, C., Ferreira, I. A., & Faria, I. F. (2009). Lesões medulares não traumáticas - Caracterização da população de um Centro de Reabilitação Non-traumatic spinal cord injury - Characterization of the population of a Rehabilitation Center, *20*(1), 3–6.
- Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados, *13*, 61–71.
- Dossa, A., Bokhour, B., & Hoenig, H. (2012). Care transitions from the hospital to home for patients with mobility impairments: patient and family caregiver experiences. *Rehabilitation Nursing*, *37*(6), 277–285 9p. <http://doi.org/10.1002/rnj.047>
- Driscoll, A. (2000). Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*, *31*(5), 1165–73. <http://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01372.x>
- Enfermeiros, O. dos. (2004). Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem. *Suplemento Da Revista Da Ordem de Enfermeiros*, *13*(Julho), 2–8.
- Gomes, B. (2008). Enfermagem de reabilitação. Um contributo para a satisfação do utente.
- IP, I. N. de E. (2014). *Estatística demográficas 2014*.
- Klebine, P. (2015). Understanding Spinal Cord Injury : Part 1 — The Body Before and After Injury. *MSKTC Facts Sheet*, (January), 1–3. Retrieved from http://www.msktc.org/lib/docs/Factsheets/SCI_Understand_Spin_Crd_Inj_Prt1.pdf
- Lee, B. B., Cripps, R. A., Fitzharris, M., & Wing, P. C. (2014). The global map for traumatic spinal cord injury epidemiology: update 2011, global incidence rate. *Spinal Cord*, *52*(2), 110–6. <http://doi.org/10.1038/sc.2012.158>
- Meleis, A. I. (2010). *Tansitions Theory - midle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York. http://doi.org/10.1300/J018v25n03_05

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. A., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <http://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Monteiro, W. D. (1997). Força Muscular: uma abordagem fisiológica em função do sexo, idade e treinamento. *Revista Brasileira de Atividade Física E Saúde*, 50–56.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem 2001. *Lisboa (PT): Divulgar*, 24. Retrieved from <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+Qualidade+d os+cuidados+de+Enfermagem#0%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Padr?es+de+qualidade>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Traumatismo Vértebro-Medular. Cadernos da Ordem dos Enfermeiros* (Vol. 1).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). REGULAMENTO DA INDIVIDUALIZAÇÃO DAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS DE ENFERMAGEM.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Ordem Dos Enfermeiros*, 1–10. Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament o_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010c). Regulamento das Competências Específicas do EEER, 5.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. *Diário Da República*, 2.^a Série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 2.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 125/2011 Regulamento - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Preâmbulo, 25118–25120.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação, 16655–16660. Retrieved from www.ordemenfermeiros.pt/
- Ribeiro, O., & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 32(1), 27–36.
<http://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.07.001>
- Saif, D., Saif, A., & Sarhan, F. (2013). An overview of traumatic spinal cord injury: part 3. Rehabilitation. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 9(4), 187–194.
Retrieved from
http://search.proquest.com/docview/1440667074?accountid=11862%5Cnhttp://openurl.ac.uk/athens:112?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:britishnursingindex&atitle=An+overview+of+traumatic+spinal+cord+injur
- Silva, F. R. da C. e. (2013). A Intervenção do Enfermeiro de Reabilitação à Pessoa / Família com Lesão Vertebro Medular na Promoção da Mobilidade no Domicílio.
- Simões, C. M. L. (2008). Paraplegia : prevalência, etiologia e processo de reabilitação, 105. <http://doi.org/616.8-009.11-031>
- Sousa, E. S. A. (2011). A Família - Atitudes do Enfermeiro de Reabilitação. Retrieved from
http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1775/1/MER_Tese_Salomé_2011.pdf
- Tanner, C. a. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211.
- Van Den Berg, M. E. L., Castellote, J. M., Mahillo-Fernandez, I., & De Pedro-Cuesta, J. (2010). Incidence of spinal cord injury worldwide: A systematic review. *Neuroepidemiology*, 34(3), 184–192. <http://doi.org/10.1159/000279335>

APÊNDICE II

Descrição das tarefas e Resultados esperado

Domínios e Competências	Objetivo Específico	Atividade	Local	Indicadores
C — Domínio da gestão dos cuidados C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.	1 - Integrar e interagir de forma gradual com as equipas dos locais de estágios 1.1 - Analisar a dinâmica, funcionamento e organização de forma a identificar o campo de atuação do EER	-Realização de visitas aos locais de estágio -Realização de entrevistas com EEER dos locais de estágio aplicando guião de entrevista -Realização de reuniões com EEER e equipa multidisciplinar -Identifica o enquadramento dos serviços no SNS -Identificação dos recursos materiais e profissionais dos serviços -Observação da estrutura humana e funcional dos locais de estágio como outros serviços e profissionais das diferentes áreas -Observação e colaboração nos	Locais de estágio Domicílio	-Ter realizado visitas aos locais de estágio -Ter executado entrevistas com apoio de guião -Ter caracterizado as equipas dos locais de estágio -Ter interpretado a dinâmica dos locais de estágio na vertente estrutural, funcional e organizacional -Ter localizado e interpretado os protocolos, indicadores, normas e projetos dos serviços -Ter elaborado uma descrição das intervenções do EER dos locais de estágio -Ter produzido com o EEER orientador as intervenções a

		cuidados e atividades desenvolvidas pelo EEER orientador -Realização de pesquisa sobre as formas de articulação do EEER com outros recursos e serviços -Identificação das estratégias e intervenções desenvolvidas pelo EEER na articulação com outros serviços -Planeamento de reuniões formais e informais com EER orientador		desenvolver -Ter planeado as estratégias e intervenções para a articulação com os recursos existentes -Ter descrito o papel do EER na equipa multidisciplinar
--	--	--	--	---

Recursos humanos e recursos materiais:

EEE orientador, equipa de enfermagem, Professor orientador, Utentes dos serviços Computador e acesso de internet, bases de dados, informações cedidas nas unidades curriculares, artigos e trabalhos consultados.

Critérios de Avaliação:

De que modo a análise das atividade desenvolvidas pelo EER permitiu diferenciar o campo de actuação do EER e suas estratégias para uma articulação eficaz com outros serviços e recursos existentes

De que modo as atividades descritas refletem um conhecimento e integração na dinâmica dos serviços e equipas.

<p>C — Domínio da gestão dos cuidados</p> <p>C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>C1.1 — Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com</p>	<p>2 - Conceber planos de cuidados com vista a planear um processo de transição que consiga gerar qualidade de vida e integração social à pessoa com LVM</p>	<p>-Realização de reuniões formais com a pessoa com LVM</p> <p>-Elaboração de planos de intervenção individualizados para a pessoa com LVM</p> <p>-Promoção de uma relação de parceria com a pessoa com LVM</p> <p>-Realização dos registos das intervenções realizadas e seus resultados</p> <p>-Realização de reuniões de orientação e planeamento com a EEER orientador</p>	<p>Locais de estágio</p> <p>Domicilio</p>	<p>-Ter definido a fase do processo de transição em que a pessoa com LVM se encontra</p> <p>-Ter elaborado planos de cuidados à pessoa com LVM enquadrando com os vários tipos de transições definidos por Meleis, pela identificação, planeamento e avaliação das necessidades de intervenção do EEER</p> <p>-Ter colaborado na continuidade de cuidados na conceção e planeamento de um programa de reabilitação</p> <p>-Ter documentado as intervenções e resultados obtidos:</p> <p>-Ter capacidade para a realização das atividade planeadas;</p> <p>-Manifestação de bem-estar na pessoa com LVM</p>
--	--	--	---	--

vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.				
Recursos humanos e recursos materiais: EEE orientador e Professor orientador, Utentes dos serviços, Computador e acesso de internet, bases de dados, informações cedidas nas unidades curriculares, artigos e trabalhos consultados				
<p>Critérios de Avaliação</p> <p>Em que medida as atividades planeadas foram importantes para a execução de cuidados na enfermagem de reabilitação á pessoa com LVM em processo de transição.</p>				

<p>D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade J3 — Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa. J3.1 — Concebe e implementa programas de treino motor e cardio – respiratório J3.2 — Avalia e reformula programas de treino motor e cardio-respiratório em função dos</p>	<p>3 - Prestar cuidados de enfermagem gerais e especializados que promovam uma transição saudável à pessoa com LVM, utilizando o Processo de Enfermagem enquanto metodologia científica de trabalho</p> <p>3.1 - Desenvolver e implementar programas de reabilitação à pessoa com LVM no domicílio</p>	<p>-Execução de técnicas específicas de enfermagem de reabilitação à pessoa com LVM -Demonstração de intervenções no âmbito de um plano de cuidados individualizado à o pessoa com LVM e sua família -Capacitação da pessoa com LVM para uma execução individual ou em conjunto das atividades que permitam integrar a sua condição de acordo com as suas necessidades -Promoção à adesão ao plano de intervenção -Execução de ensino para a prevenção, despiste e resolução de complicações -Elaboração de planos de intervenção de reeducação funcional</p>	<p>Locais de estágio Domicílio</p>	<p>-Ter demonstrado a prestação de cuidados especializados de enfermagem enquadrados nos diversos tipos de transição descritos por Meleis -Ter demonstrado conhecimento sobre as técnicas executadas -Ter realizado avaliação neurológica à pessoa com LVM -Ter executado e desenvolvido intervenções especializadas à pessoa com LVM: - técnicas de Reeducação Funcional Respiratória; - técnicas de treino sensório- motor -Ter utilizado escalas e instrumentos para avaliar a capacidade funcional a nível sensorial, motor, respiratório -Ter ensinado: -Técnicas específicas de autocuidado; -Uso de produtos de apoio</p>
--	--	--	--	---

resultados esperados.		-Seleccção e prescrição produtos de apoio e ajudas técnicas		
<p>• Recursos humanos e recursos materiais:</p> <p>EEE orientador e restante equipa de enfermagem, Professor orientador, Utentes dos serviços, Computador e acesso de internet, bases de dados, informações cedidas nas unidades curriculares, artigos e trabalhos consultados, Equipamentos de apoio dos serviços</p>				
<p>Critérios de Avaliação</p> <p>De que modo as atividades desenvolvidas promoveram a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com LVM com vista a promover o processo de transição e desenvolvimentos das competências enumeradas</p>				

<p>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania</p> <p>Descritivo</p> <p>J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.</p> <p>J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a</p>	<p>4-Descrever os recursos existentes na comunidade</p>	<p>-Realização de uma análise dos meios de articulação do EER com outros serviços: protocolos, instrumentos de referenciação)</p> <p>-Criação de uma base de dados dos recursos existentes na comunidade</p> <p>-Realização de uma análise às atividades desenvolvidas pelo EER na articulação com os recursos disponíveis</p> <p>-Realização de encaminhamento para os recursos da comunidade</p> <p>-Identificação das barreiras arquitetónicas em parceria com a pessoa com LVM</p>	<p>Locais de estágio</p> <p>Domicilio</p>	<p>-Ter pesquisado, identificado e avaliado os recursos existentes na comunidade</p> <p>-Ter desencadeado contatos com os recursos existentes para colaboração no programa de reabilitação</p> <p>-Ter orientado para a resolução das barreiras arquitetónicas</p>
---	---	--	---	--

participação social.				
<p>Recursos humanos e recursos materiais:</p> <p>EEE orientador e restante equipa de enfermagem, Professor orientador, Utentes dos serviços, Computador e acesso de internet, bases de dados, informação cedida nas unidades curriculares, artigos e trabalhos consultados, equipamentos de apoio dos serviços</p>				
<p>Critérios de Avaliação</p> <p>De que modo as atividades planeadas promoveram a integração social da pessoa com LVM</p>				

<p>B — Domínio da Melhoria da Qualidade Competência</p> <p>B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.</p> <p>B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.</p>	<p>5-Ampliar conhecimentos científicos e técnicos da prestação de cuidados à pessoa com LVM</p>	<p>-Continuação da elaboração e desenvolvimentos da Scoping Review</p> <p>-Realização de pesquisa bibliográfica em base de dados científicas</p> <p>-Integração dos conhecimentos das principais alterações a nível respiratório e sensoriomotor da pessoa com LVM</p> <p>-Elaboração de pelos menos um estudo de caso</p> <p>- Elaboração de pelo menos 3 Diários de Aprendizagem</p> <p>-Elaboração de pelo menos 2 processo de enfermagem como matriz de um plano de cuidados</p>	<p>ESEL</p> <p>Locais de estágio</p> <p>Domicílio</p>	<p>-Ter executado pesquisas bibliográficas em base de dados científicas</p> <p>-Ter ampliado os conhecimentos teóricos sobre as principais alterações na pessoa com LVM</p> <p>-Ter implementado os conhecimentos adquiridos</p> <p>-Ter executado com destreza as técnicas definidas para a prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação na pessoa com LVM em processo de transição</p> <p>-Ter elaborado o estudo de caso</p> <p>-Ter elaborado Diários de Aprendizagem</p> <p>-Ter elaborado planos de cuidados</p>
--	---	--	---	---

<p>D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p> <p>D2.2 — Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade.</p>				
Recursos humanos e recursos materiais:				
EEE orientador e restante equipa de enfermagem, Professor orientador, Utentes dos serviços, Computador e acesso de internet, bases de dados, informação cedidas nas unidade curriculares, artigos e trabalhos consultados, equipamentos de apoio dos serviços				
<p>Critérios de Avaliação</p> <p>De que modo as atividades planeadas permitiram a prestação de cuidados especializados de enfermagem de reabilitação à pessoa com LVM com base em uma prática baseada na evidência</p>				

<p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnósticas alterações que determinam limitações da actividade e incapacidades.</p> <p>J1.2 — Concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e auto-cuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.</p> <p>J2 — Capacita a pessoa com deficiência, limitação da actividade e ou restrição da participação para a</p>	<p>6-Preparar para a alta da pessoa com LVM com articulação aos recursos da comunidade</p>	<p>-Colaboração na alta e transferência entre equipas e serviços</p> <p>-Prestação da informação e esclarecimentos à pessoa com LVM e família dos recursos da comunidade</p> <p>-Articulação da pessoa com LVM e família com os recursos da comunidade</p>	<p>Locais de estágio</p> <p>Domicilio</p>	<p>-Ter utilizado os equipamentos e recursos na preparação para a alta</p> <p>-Ter colaborado no processo de transferência ou alta</p> <p>-Ter construído elo de ligação da pessoa com LVM e família com os recursos da comunidade</p>
--	--	--	---	--

reinserção e exercício da cidadania J2.1 — Elabora e implementa programa de treino de AVD's visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida. J2.2 — Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social.				
Recursos humanos e recursos materiais: EEE orientador e restante equipa de enfermagem, Professor orientador, Utentes dos serviços, Computador e acesso de internet, bases de dados, informação cedidas nas unidades curriculares, artigos e trabalhos consultados, equipamentos de apoio dos serviços				
<p>Critérios de Avaliação</p> <p>De que modo as atividades planeadas demonstram o papel ativo no processo de transferência ou alta da pessoa com LVM</p>				

<p>B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. Descritivo</p> <p>B2.1 — Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.</p> <p>J1 — Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.</p> <p>J1.1 — Avalia a funcionalidade e diagnóstica alterações que determinam limitações da actividade e</p>	<p>7-Demonstrar as intervenções que traduzam ganhos em saúde.</p>	<p>-Caracterização do nível de dependência da pessoa com LVM</p> <p>-Definição de metas realistas com a Pessoa e família</p> <p>-Avaliação de incidentes críticos: quedas, UP, reinternamentos</p> <p>-Descrição das relações entre a pessoa com LVM e EER</p>	<p>Locais de estágio</p> <p>Domicilio</p>	<p>-Ter utilizado escalas de avaliação ASIA e MIF</p> <p>-Ter avaliado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento da independência funcional - Ausência ou presença de incidentes críticos <p>-Ter avaliado o desenvolvimento da capacidade para o autocuidado e melhoria da capacidade funcional como resultante do programa de reabilitação</p> <p>-Ter elaborado o registo dos resultados obtidos</p>
--	---	--	---	---

incapacidades. J1.4 — Avalia os resultados das intervenção implementadas.				
Recursos humanos e Recursos materiais				
EEE orientador e restante equipa de enfermagem, Professor orientador, Utentes dos serviços Computador e acesso de internet, bases de dados, informações cedidas nas unidades curriculares, artigos e trabalhos consultados, equipamentos de apoio dos serviços				
<p>Critérios de Avaliação</p> <p>De que modo as atividades planeadas monitorizaram os resultados obtidos com os objetivos definidos</p>				

APÊNDICE III

Guião de Entrevista

ECCI Oeiras Oriental - UCC Cuidar +

Área	Perguntas
Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Apresentação dos objetivos da visita/entrevista • Obtenção de consentimento
Caraterização do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Descreva o espaço físico do serviço? • Caracterize os equipamentos disponíveis para a prestação de cuidados (sua adequação, numero e estado de conservação)? • Como é constituída a equipa multidisciplinar? • Com que outros serviços/ departamentos se articulam mais regularmente? • Como são os horários que funciona a ECCI? • Como é que os doentes são referenciados (rede, consultas)? De onde provem? Que protocolos e acordos entre instituições existem? • A ECCI possui outra estruturas de apoio na comunidade? Com quais interage mais?
Gestão de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? • Qual é o método de trabalho em enfermagem do serviço e como está organizada a equipa? • Quantos desses elementos são enfermeiros generalistas? • Quantos desses elementos são enfermeiros em ER? • Como se articulam os EER com os enfermeiros generalistas? • Como é realizada a articulação entre a equipa multidisciplinar?
Caraterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterize a população de cuidados? (faixa etária, tipo de patologia que sofrem/sofreram, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, condições socioeconómicas e habitacionais). • Que necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação são mais frequentes na população assistida? • Qual o tempo médio de follow-up em domicilio?
Avaliação dos utentes	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os critérios de para acompanhamento pela ECCI? Quem é responsável? Como é articulado entre as instituições de onde vem

	<p>referenciados?</p> <ul style="list-style-type: none"> Em que momentos e segundo que instrumentos são avaliados os doentes na sua necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação?
Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> Quais os critérios tidos em conta na distribuição para EEER? Como o é feito e qual o numero de utentes distribuído? Como procede ao planeamento dos cuidados? De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento? Os cuidados são planeados com base em algum modelo? São utilizados planos de cuidados? Quem participa na sua elaboração? Qual a cobertura da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação durante o horário de funcionamento da ECCI? Quais as funções atribuídas ao EEER? Qual a relevância da enfermagem de reabilitação na equipa? Que ganhos identifica junto da equipa, utentes e na gestão do serviço?
Continuidade de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Como é que o EER avalia a sua intervenção, que indicadores utiliza? Como são realizados os registos de enfermagem de reabilitação? De que forma a família dos utentes é envolvida no plano de reabilitação? Como é decidida a alta, qual o papel do EEER nessa decisão e como é encaminhado o utente? Que articulação é feita família e com a comunidade?
Autonomia, organização do trabalho e relação interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> Como o EER organiza o seu trabalho ao longo do dia e que tipo de atividades são prioritárias? Como o EER articula a sua intervenção com a restante equipa de enfermagem e com elementos de outros grupos profissionais? (quais e de que forma é feita a articulação) Existe algum planeamento conjunto relativamente a planos de intervenção para cada utente?
Outras atividades	<ul style="list-style-type: none"> Qual o envolvimento dos EEER na formação do serviço? Que outras funções o EEER desempenha no serviço? Existe no serviço/instituição algum projeto de melhoria continua dos cuidados implementados ou em implementação? Que áreas existe maior carência?
Fim da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> Agradecimento pela entrevista dada.

Guião de Entrevista

Unidade Vertebro-Medular - CHLC

Área	Perguntas
Legitimação da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação • Apresentação dos objetivos da visita/entrevista • Obtenção de consentimento
Caraterização do serviço	<ul style="list-style-type: none"> • Descreva o espaço físico do serviço? • Qual a dotação de camas do serviço? • Qual é a taxa de ocupação do serviço? • Caracterize os equipamentos disponíveis para a prestação de cuidados (sua adequação, numero e estado de conservação)? • Como é constituída a equipa multidisciplinar? • Com que outros serviços/ departamentos se articulam mais regularmente? • Como são os horários em que estão estruturados os turnos? • Qual é o horário das visitas? • Os doentes de onde provem?
Gestão de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Quantos elementos constituem a equipa de enfermagem? • Qual é o método de trabalho em enfermagem do serviço e como está organizada a equipa? • Quantos desses elementos são enfermeiros generalistas? • Quantos desses elementos são enfermeiros em ER? • Como são distribuídos esses EER pelos turnos? • Como se articulam os EER com os enfermeiros generalistas? • Como é realizada a articulação entre a equipa multidisciplinar?
Caraterização da população assistida	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterize a população que o serviço recebe? (faixa etária, tipo de patologia que sofrem/sofreram, níveis de dependência, compromissos sensório-cognitivos, condições socioeconómicas. • Que necessidades de cuidados de enfermagem de reabilitação são mais frequentes na população assistida? • Qual o tempo médio de internamento/ frequência? •
Avaliação dos	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os critérios de internamento? Quem é responsável?

utentes	<ul style="list-style-type: none"> Em que momentos e segundo que instrumentos são avaliados os doentes na sua necessidade de cuidados de enfermagem de reabilitação?
Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> Quais os critérios tidos em conta na distribuição dos utentes aos EEER? Como o é feito e qual o numero de utentes distribuído? Como procede ao planeamento dos cuidados? De que forma o utente participa (ou não) nesse planeamento? Os cuidados são planeados com base em algum modelo? São utilizados planos de cuidados? Quem participa na sua elaboração? Qual a cobertura da prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação nos diferentes turnos? Quais as funções atribuídas ao EEER? Qual a relevância da enfermagem de reabilitação na equipa? Que ganhos identifica junto da equipa, utentes e na gestão do serviço?
Continuidade de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> Como é que o EER avalia a sua intervenção, que indicadores utiliza? Como são realizados os registos de enfermagem de reabilitação? De que forma a família dos utentes é envolvida no plano de reabilitação? Como é decidida a alta, qual o papel do EEER nessa decisão e como é encaminhado o utente? Que articulação é feita família e com a comunidade?
Autonomia, organização do trabalho e relação interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> Como o EER organiza o seu trabalho ao longo do turno e que tipo de atividades são prioritárias? Como o EER articula a sua intervenção com a restante equipa de enfermagem e com elementos de outros grupos profissionais? (quais e de que forma é feita a articulação) Existe algum planeamento conjunto relativamente a planos de intervenção para cada utente? Quais são as maiores dificuldades que sente, tendo em conta o atual estado do país, a nível da gestão dos variados recursos bem como carências da população e que estratégias usa para lidar com essas dificuldades?
Outras atividades	<ul style="list-style-type: none"> Qual o envolvimento dos EEER na formação do serviço? Que outras funções o EEER desempenha no serviço? Existe no serviço/instituição algum projeto de melhoria continua dos cuidados implementados ou em implementação? Que áreas pensa que existe maior carência?
Fim da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> Agradecimento pela entrevista

APÊNDICE III

Diário de aprendizagem de acordo com ciclo reflexivo de Gibbs (I)

Descrição:

Para esta reflexão crítica descreverei a fase inicial do estágio de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs.

No dia 27 de Setembro iniciei o estágio na ECCI Cuidar + com uma breve apresentação aos colaboradores da equipa e conhecimento das instalações. Ainda nesse dia acompanhei e participei nas visitas domiciliárias a alguns utentes da minha enfermeira orientadora. Ao longo das primeiras visitas deparei-me com utentes que de uma forma geral são portadores das mesmas características que as dos utentes no meu próprio contexto profissional.

Esta observação levou-me a refletir sobre o que diferencia estes utentes de tantos outros e que mais valia traz a estes a sua integração na ECCI. Neste momento atrevi-me a pensar como um futuro enfermeiro especialista sobre as necessidades destes utentes e de que modo podemos intervir para além dos cuidados de um enfermeiro generalista.

DESCRIÇÃO

O Sr.º N. é um utente de 81 anos que entrou na unidade em Agosto de 2016 na ECCI.

É portador de uma úlcera de pressão grau IV na região sagrada e uma úlcera na região do hallux direito após desarticulação do dedo onde apresenta no momento exposição óssea.

O utente reside na sua própria casa, tem apoio domiciliário nas 24h e contato com familiar direto com filhos e noras diariamente. Encontra-se acamado na última semana após ter tido uma lipotimia no decurso de um levante e passeio em cadeira de rodas.

A referenciação deste utente para a ECCI tem como principal objetivo a necessidade de cuidados de enfermagem às úlceras de pressão e ferida operatória e simultaneamente cuidados de enfermagem de reabilitação para aumento e reforço muscular e melhoria da mobilidade e independência funcional. A prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação neste utente incide na promoção da mobilidade e recuperação funcional diminuída após internamento hospitalar.

PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

O utente habita numa casa de várias assoalhadas, estando confinado no entanto ao seu quarto onde é prestado todos os cuidados. Tem visitas diárias dos seus filhos e noras tendo como principais cuidadoras duas funcionárias de uma empresa de apoio domiciliário que permanecem junto deste de forma alternada durante as 24 horas e os 7 dias da semana.

A situação que descrevo para este diário para mim foi importante nesta fase inicial do estágio porque colocou-me dúvidas no enquadramento deste utente e suas características pessoais, familiares e clínicas na carteira de cuidados da ECCI. Ou seja, despoletou-me a pergunta “Sendo este utente tão semelhante a tantos que eu próprio cuido no meu dia-a-dia na minha Unidade de Saúde Familiar o que vamos fazer de diferente ou igual?”.

Avaliação:

Na minha primeira visita encontrei o utente visivelmente triste, com períodos de confusão no tempo e espaço e amnésia para acontecimentos recentes. Este estado emocional dificulta e por vezes impede a realização dos exercícios propostos de mobilização ativa assistida, ou levante pelos enfermeiros ou cuidadores.

Fiquei com a dúvida perante este quadro como contribuir e agir perante esta situação e como integrar os cuidados de enfermagem de reabilitação.

O aspeto mais significativo que realça na visita a este utente é a diferente relação com as cuidadoras, em que de forma notória ele fica mais perturbado na presença de uma delas.

Considerou-se como objetivo entender o papel, comportamento e o serviço desenvolvido pelas pessoas presentes com o utente ao longo do dia.

Análise:

A integração de um utente na ECCI tem como pressuposto a presença de um prestador de cuidados participativo e presente.

Em todos os momentos de estágio é discutido com a enfermeira orientadora sobre as decisões mais adequadas à situação. É um caso partilhado e refletido frequentemente com a equipa da ECCI, onde todos podem dar a sua opinião em que a partilha das experiências torna-se uma mais-valia para tomada de decisão.

Conclusão:

Após algumas visitas com maior interesse e intervenção na parte emocional e cognitiva constatamos uma evolução positiva no estado de consciência do utente e simultaneamente na sua colaboração nos exercícios realizados, com um impacto positivo nomeadamente no regresso do levante diário para cadeirão.

Planear a ação:

Interagir ativamente com a Enfermeira Orientadora e toda a equipa multidisciplinar proporciona uma melhor tomada de decisão. Do ponto de vista da Reabilitação pretendo continuar estar atento a todas as condições e

variáveis que influenciam os cuidados a realizar perante as necessidades do utente, trabalhando sempre com os seus cuidadores informais.

Um aspeto a realçar nesta experiência inicial é a dificuldade em envolver os cuidadores e modificar condições ou variáveis que estão menos bem de forma a conseguirmos implementar e executar um processo de reabilitação em que o objetivo principal seja atingível.

Num futuro próximo, até ao término do estágio, pretendo continuar a acompanhar este utente e participar ativamente em todas as reflexões e decisões para uma melhor resolução da situação. Interagir com a equipa multidisciplinar de forma a uma melhor tomada de decisão. Do ponto de vista da Reabilitação da função motora, pretendo continuar a prestar cuidados de forma segura a este utente, instruindo sempre a cuidadora informal para os melhores cuidados, ajustados às necessidades da utente.

Jornal de aprendizagem de acordo com ciclo reflexivo de Gibbs – (II)

O desenvolvimento da atividade da ECCI enquadra-se no desenvolvimento da estratégia desenvolvida para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). É um modelo de organização centrado nas necessidades do utente pela prestação dos cuidados necessários em tempo e local adequado.

A admissão de um utente em ECCI ocorre após um trabalho de avaliação e referenciação por parte dos hospitais ou unidades de saúde na comunidade.

Este Diário de Aprendizagem reflete o papel do EEER nomeadamente na sua competência na avaliação da funcionalidade e levantamento de diagnósticos do utente que é referenciado e as suas necessidades de intervenção para otimização e reeducação.

Ao longo destas semanas surgiu a necessidade de avaliar para admissão na ECCI dois utentes encaminhados pela ECL. Estas visitas são precedidas de um contato telefónico prévio para confirmar o desejo dos cuidadores da intervenção por parte da ECCI como o agendamento da primeira visita.

Pretendo descrever e consciencializar as atividades de avaliação e identificação das necessidades e capacidades dos utentes referenciados para a ECCI realizadas pelo EEER.

DESCRIÇÃO

O Sr. M. A é um utente de 75 anos referenciado para a ECCI por uma unidade hospitalar. Tem como antecedentes clínicos mais relevantes uma Insuficiência Cardíaca, DM tipo I e Doença de Parkinson.

Na nota de transferência vem referido uma escala de Barthel descritiva de grande dependência e de escala de Braden de elevado risco.

Como referido anteriormente foi agendado por contato telefónico a primeira visita para avaliação e admissão na ECCL. Durante este contato telefónico compreendeu-se um desconhecimento por parte da cuidadora (esposa) de quem era a ECCL e sua carteira de serviço.

PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

O primeiro contato mostra uma casa bastante cuidada de várias assoalhadas com o utente sentado na cozinha a tomar o pequeno-almoço.

A esposa de elevada simpatia e educação rapidamente inicia um discurso onde refere desconhecimento total do que era a ECCL e do papel dos vários intervenientes nomeadamente dos enfermeiros. Não tinha, segundo ela, conhecimento de que o marido estava proposto para a RNCCI e qual era os objetivos da nossa visita e futura intervenção.

Por outro lado descreveu inúmeros internamentos, idas à urgência, programas de fisioterapia e inclusive uma visita recente da equipa de enfermagem da sua unidade de saúde. A esposa ainda detinha uma informação relativamente a um encaminhamento do utente para um internamento de curta duração na RNCCI para descanso do cuidador. Perante tanta informação proveniente do meio hospitalar e sua unidade de saúde gerou-se uma confusão acerca do papel do EEER e da ECCL.

Avaliação:

Após uma longa conversa para esclarecer o percurso do utente até à admissão na ECCL, avaliámos as funções cardio-respiratória, motora, cognitiva, alimentação e eliminação. O utente encontrava-se em péssimo estado de higiene devido à incontinência urinária e fecal. O levantar da cama e preparação da comida era realizado pela esposa e os restantes cuidados eram realizados por colaboradoras de uma empresa de apoio domiciliário.

Análise:

A avaliação realizada aponta logo de início para uma justificada admissão na ECCI por parte deste utente, mas levanta-se a hipótese se esta seria o desejo primário da esposa.

A análise das suas palavras aponta antes para o desejo de uma referenciação para uma unidade de internamento.

Conclusão:

A concepção de planos de reabilitação parte de um levantamento e identificação das necessidades de intervenção e estes devem ser discutidos em parceria com a pessoa e seus cuidadores. A primeira imagem sugere um distanciamento entre o utente e seu cuidador pela sua não demonstração de capacidade ou interesse em adquirir competências com vista à promoção da nossa continuidade de cuidados ou até o auto-cuidado.

Foi esclarecido que de facto a cuidadora já tinha demonstrado à equipa da sua unidade de saúde local (USF) o desejo de referenciar o seu familiar para uma unidade de curta duração para descanso do cuidador.

Planear a ação:

A avaliação das alterações da funcionalidade aos vários níveis, da capacidade funcional e necessidades de intervenção são o ponto de partida para a concepção de planos de intervenção.

No segundo utente para avaliar referido no início do Diário, surgiu logo no contato telefónico por parte da cuidadora alguns entraves nomeadamente a dificuldade por parte desta em agendamento dos dias e horas para as visitas da ECCI ao seu familiar, e após ser informada e esclarecida dos objetivos,

missão e metodologia de trabalho da ECCI esta recusou a admissão do seu familiar.

O EEER tem de lidar com a vertente pessoal, familiar e social que vai influenciar os resultados desejados. A conjugação destes factores todos permite uma tomada de decisão para a inclusão ou não do utente na ECCI, no plano de reabilitação a desenvolver ou até numa transferência para outra solução na comunidade.

Para além do desenvolvimento técnico aos vários níveis de intervenção junto do utente e cuidadores realço neste período do estágio da importância da educação, aconselhamento e liderança no papel do EEER na ECCI.

Jornal de aprendizagem de acordo com ciclo reflexivo de Gibbs – (III)

No decurso do estágio na ECCI Cuidar + tive a oportunidade de receber e acompanhar os seus utentes, familiares e cuidadores pelo percurso de cada um deles na sua transição saúde-doença.

Prestes a finalizar esta etapa e tendo em conta a riqueza de situações que experimentei não possível para mim isolar um momento, uma pessoa ou um caso clínico para refletir.

Eu vou refletir neste jornal um ponto importante para mim e que experimento no meu dia a dia e que aqui neste estágio foi permitido desenvolver, que é a singularidade de cada uma das pessoa que cuidamos.

Cada um vivencia a sua transição e adapta-se de diferente maneira e é um desafio entender esse processo de transição para desenvolver e implementar intervenções que de fato vão ao encontro das necessidades particulares de cada um.

Este jornal reflete o trabalho desenvolvido em busca da otimização e ganhos em saúde tendo em conta as necessidades e objetivos pessoais de cada um.

DESCRIÇÃO

O grupo de utentes afetos à ECCI são em maioria portadores de sequelas após cirurgia ortopédica, doenças neurodegenerativas, AVC, síndromes demenciais e internamentos prolongados. Ao olhar comum ou inicial pode-se deduzir que para uma rotina de casos semelhantes as intervenções a desenvolver sejam também semelhantes entre si.

Entendo que a observação e análise de utentes ao longo destas semanas descreve a evolução que eu próprio experimentei. A tentação de analisar um utente à semelhança de todos os outros que já houve com as mesmas características clínicas foi um desafio que se colocou para mim como futuro especialista e que tentei contrariar com um trabalho de observação e avaliação

que até hoje não tinha desenvolvido neste enquadramento de prestação de cuidados.

PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

Como referi no início do jornal é difícil descrever um só momento ou pessoa graças à riqueza de experiências que obtive neste estágio.

Não posso deixar de admitir a importância da vertente técnica desenvolvida na recuperação da motricidade e força muscular dos utentes e que abrange muita das intervenções executadas. Mas mesmo assim o olhar atento e especializado desviou em várias ocasiões a execução da nossa prática usual. Para o utente amputado do membro inferior direito foi necessário implementar exercícios de reabilitação respiratória pela sua DPOC, num utente acamado e com úlceras de pressão a sua colaboração nos exercícios motores e levante desencadeou-se após a melhoria do seu estado de consciência ou até ao utente com esclerose múltipla alvo maioritariamente de exercícios passivos que pelo agravamento do foro respiratório inicia exercícios de reeducação funcional respiratória.

Nenhum utente na equipa com a intervenção do EEER é um processo fechado a novas intervenções para novas necessidades. Para lá da vertente técnica e executável ainda se podia abordar a importância da nossa observação e avaliação para a gestão medicamentosa, controlo da dor, prevenção de risco de acidentes e úlceras de pressão. A equipa ainda se desdobra no papel ativo e desencadeador de medidas médicas e do foro social para estes utentes terem ajuda efetiva por parte de toda a equipa multidisciplinar.

Avaliação:

Os aspetos positivos deste estágio têm sido diversos, mas a possibilidade de olhar para cada utente como uma pessoa única e com necessidades particulares ajudou-me a com um olhar crítico desenvolver junto destes planos de reabilitação com objetivos mensuráveis. Realço ainda a tomada de decisão do EEER em que o espírito reflexivo e a evidência científica se complementam.

Análise:

As situações com que me cruzei ao longo destas semanas demonstraram a vulnerabilidade acrescida nestes utentes tornando estes merecedores de referência na comunidade para uma equipa de cuidados especializados como a ECCL. A gestão de um plano de intervenção e executá-lo na casa do utente, com o apoio de um cuidador, na presença de fatores facilitadores ou inibidores atribui a estes casos uma complexidade acrescida.

Conclusão:

Cada utente não fica reduzido a um plano de intervenção circunscrito à observação inicial mas sim a um plano adaptado às suas necessidades levantadas ao longo do tempo de internamento na ECCL.

A situação de cada utente é discutida em equipa, de forma a todos poderem dar o seu contributo. A discussão, partilha de experiências e reflexão são ferramentas para a tomada de decisão mais adequada à situação.

Neste estágio desenvolvi a capacidade de identificar, analisar o potencial de cada utente para a construção de um plano de reabilitação com o recurso às suas capacidades, ambiente, família e cuidadores integrando e mobilizando os conhecimentos adquiridos ao longo do curso.

Planear a ação:

Pretendo continuar a participar de forma reflexiva e ativa para a melhor resolução da situação que se apresenta. Pretendo continuar a realizar uma tomada de decisão em interação com o utente e equipa e prestar os cuidados de reabilitação com o objetivo da prestação dos melhores cuidados ajustados às necessidades do utente. Desejo ainda promover cuidados de reabilitação de forma a promover o bem estar e ganhos em saúde nestas transições saúde-doença que os utentes experimentam.

Diário de aprendizagem de acordo com ciclo reflexivo de Gibbs (I)

Descrição:

Para esta reflexão crítica descreverei a fase inicial do estágio de acordo com o Ciclo Reflexivo de Gibbs.

No dia 28 de Novembro iniciei o estágio na Unidade Vertebro-Medular no Hospital de São José. Este serviço é especializado na abordagem da pessoa com alterações devido a uma lesão vertebro medular e nas alterações provocadas ao nível corporal, familiar, social e profissional.

A lesão vertebro medular proveniente de um traumatismo pode provocar resultados devastadores na pessoa e sua família e iniciei este estágio com um sentimento de desafio pessoal devido ao meu afastamento do ambiente hospitalar nos últimos quatro anos. Por outro lado coloca-se à frente um período de aprendizagem e desenvolvimento essencial para o meu percurso académico, pessoal e profissional.

DESCRIÇÃO

Na apresentação da unidade a enfermeira orientadora propôs o contato com alguns utentes que experimentavam um internamento prolongado e acima do habitual na unidade. Destes destaco o meu primeiro contato com um utente vítima de acidente de mota em Julho de 2016 do qual resultou uma paraplegia total dos membros inferiores. O discurso deste utente invocava uma percepção real da paraplegia completa, não demonstrando nenhuma esperança na capacidade técnica ou científica de recuperar alguma sensibilidade ou mobilidade nos membros inferiores. Por outro lado o discurso era dirigido para o desejo na melhoria e desenvolvimento físico dos segmentos corporais não afetados pela lesão medular.

Para além da sua situação atual o utente deu a conhecer a sua vida pessoal, familiar e profissional. Tem esposa e uma filha de quatro anos, residentes na grande Lisboa, tem apoio de um grande número de amigos derivado de um contato diário pelo fato de ser proprietário e gerente de um restaurante em Lisboa.

PENSAMENTOS E SENTIMENTOS

Das várias descrições desde o próprio acidente ou dos internamentos hospitalares, o utente realça o momento atual em que atribui uma importância ao tempo de internamento na UVM que para ele foi importante para lhe permitir perante a incapacidade elevada inicial, progressivamente adquirir novas capacidades físicas e competências nas atividades da vida diária.

Mas hoje fala-se mais e mais na diminuição do tempo de internamento e seus benefícios para o sistema e doentes, como podemos entender o ponto de vista do utente?

AVALIAÇÃO:

Logo após a cirurgia e estabilização do seu estado clínico o utente foi transferido para o Hospital Curry Cabral para o Serviço de Reabilitação, mas após um incidente nos primeiros dias do qual resultou úlceras nos membros inferiores este regressa para a UVM a seu pedido.

O utente inicia no serviço de UVM um plano de reabilitação partilhado entre enfermeiros e terapeutas que incide por um lado no fortalecimento muscular dos membros superiores e tronco, treino de equilíbrio e transferências. A equipa de enfermagem empenha-se no treino de AVD com especial atenção na eliminação com treino vesical e intestinal.

Quando iniciei o estágio e contatei com o utente este já possuía uma autonomia no vestir-se e despir-se, rolamento na cama, transferência para cadeira de rodas e sua utilização. O equilíbrio estático sentado estava elevado

mas ainda detinha algum desequilíbrio dinâmico em movimentos mais amplos de rotação do tronco.

A uma primeira avaliação e contato com o utente podia-se entender que em termos de reabilitação no serviço não havia muito mais para evoluir.

ANÁLISE:

Com a lesão vertebro medular estabilizada, défices motores e sensitivos avaliados e definitivos e com um plano de reabilitação com resultados e ganhos positivos para o utente ocorre nova transferência, desta vez para o Centro de Reabilitação de Alcoitão. E nesta última semana antes da sua saída no seu dia de aniversário é autorizado uma saída do serviço durante o fim-de-semana com a esposa para um hotel nos arredores do Hospital de São José.

Após estes meses de internamento a confiança de todos é elevada face às capacidades demonstradas pelo utente e partilhadas pela família e amigos. No regresso ao serviço dois dias depois o relato da experiência pelo utente descreve uma execução eficaz das competências e técnicas adquiridas no internamento para as AVD, mas uma completa desadaptação aos fatores ambientais e estruturais que encontrou no exterior, desde a falta de adaptação e ajudas no próprio hospital, entrada e saída do hotel, barreiras arquitetónicas na rua e interiores. O maior alarme foi regressar ao seu restaurante e até aí encontrar dificuldade que nunca imaginou alguém tivesse para se mobilizar no seu interior.

Também encontrou dificuldades na adaptação na sua nova condição na relação com os amigos não sendo capaz de contrariar comportamentos prejudiciais como a ingestão de álcool, tabaco, esvaziamento vesical não controlado.

A confiança inabalável desenvolvida ao longo de meses de internamento foi colocada em causa com o primeiro contato com o exterior e despoletou dúvidas e receios no utente com a ida definitiva para casa.

CONCLUSÃO:

Não coloco em causa a importância da reabilitação e reeducação motora executada no utente para readquirir autonomia nas suas AVD, e sem a menor dúvida este plano de reabilitação executado ao longo de meses com o utente do ponto de vista técnico foi promotor de ganhos, mas foi um plano executado para um utente com uma determinada lesão a um nível neurológico e seus défices e senti que se fosse outro utente com os mesmos défices o plano de reabilitação não teria sido diferente.

E a diferença foi no contato com o meio exterior em que o utente sentiu-se preparado para a sua incapacidade motora mas não se sentiu preparado para as barreiras exteriores e também para esta sua nova identidade.

PLANEAR A AÇÃO:

A avaliação inicial deste utente manteve-se inalterada ao longo do internamento e a tomada de decisão surge no âmbito de um plano de reabilitação motor, mas existe um conjunto de fatores e condições próprias da pessoa que podem alterar ou modificar o curso das nossas atividades de reabilitação.

No final para além da melhoria física este precisava também de se capacitar para uma nova identidade em que o objetivo seria a preparação para o contato com meio exterior conhecido mas agora visto e vivido de forma diferente.

Esta fase e necessidades que acompanham a alta podem ser desenvolvidas juntos das pessoas mais significativas na transição para o seu ambiente familiar, pessoal e profissional pois serão estas pessoas as responsáveis e colaboradoras na implementação e execução do restante processo de reabilitação.

Deve-se compreender esta fase de transição no ponto de vista do utente verificando a sua experiência sobre ela e do nosso lado identificando as

necessidades cujos cuidados recaem no domínio da enfermagem com vista à promoção do equilíbrio e bem-estar nesta transição.

Jornal de aprendizagem de acordo com ciclo reflexivo de Gibbs (II)

Descrição:

A Unidade Vertebro-Medular (UVM) do CHLC recebe utentes com LVM provenientes de alguns países africanos, nomeadamente Cabo-Verde e Guiné Bissau. À altura deste estágio das 15 camas afetas à UVM quatro estão ocupadas por utentes destes países. Todos estes utentes estão internados desde o ano de 2016 ultrapassando todos mais de 6 meses de internamento a esta altura.

A sua história em traços gerais é semelhante. Todos sofreram um acidente pessoal ou de trabalho do qual resultou uma LVM com tetraplegia ou paraplegia e após o acidente ficaram internados um longo período de tempo em unidades hospitalares no seu país sem tratamento cirúrgico precoce e sem iniciar qualquer plano de reabilitação. Após alguns meses de espera de autorização das autoridades governamentais de cada país eles são transferidos sobre o abrigo de um protocolo de colaboração com Portugal, para tratamento hospitalar e reabilitação.

Na chegada à UVM os utentes trazem as sequelas decorrentes dos seus internamentos prolongados dos quais se destacam as úlceras de pressão de grau IV e uma incapacidade funcional grave.

A pertinência desta situação para uma reflexão crítica prende-se com a elevada necessidade destas pessoas para os cuidados de enfermagem de reabilitação para a recuperação de mobilidade ou independência funcional. Mas para além das condições físicas que influenciam a nossa intervenção também existem as questões emocionais destas pessoas, que se vêem com sequelas graves, longe da sua família e país.

Pensamento e sentimentos:

Destaco a situação de um dos utentes que sofreu uma queda em julho 2016 de um árvore de fruto da qual resultou uma tetraplegia. Está internado desde Outubro de 2016 na UVM e até hoje foi intervencionado por duas vezes por Cirurgia Plástica a úlceras de pressão na região sagrada e trocantérica com enxertos sem sucesso. As sequelas da tetraplegia são evidentes com plegia dos membros inferiores mas com recuperação funcional dos membros superiores para todos os movimentos articulares exceto a completa preensão palmar e extensão dos dedos das mãos. Mas a sequela que se destaca neste utente é a elevadíssima espasticidade dos membros inferiores com uma avaliação de 4/4 na escala de Ashworth.

No início do estágio colaborei por diversas vezes no plano de reabilitação deste utente, efetuando exercícios de alongamento e extensão dos membros inferiores para melhoria da espasticidade. As massagens terapêuticas e posição de conforto também foram medidas realizadas com ganhos. O próprio utente participava com vozes de incentivo ao longo dos exercícios face à nossa dificuldade física perante tal espasticidade.

Esta situação sendo inicial e logo com resultados rápidos e visíveis na melhoria da condição do utente deixou-me agradado e motivado e senti que durante o meu estágio seria um utente de referência dos meus cuidados.

Mas com o correr dos dias e semanas o utente entra num estado depressivo que pelo entendimento geral é relacionado com uma notícia familiar e uma reunião com a Fisiatra do serviço que assegura ao utente que não voltaria a ter mobilidade dos membros inferiores.

O utente entrou em recusa alimentar e conflito verbal com os restantes utentes do quarto, dificultando os exercícios de reeducação motora propostos. A situação deixou-me sem saber como agir de início sabendo que o objetivo é ajudar o utente contribuindo com um trabalho de enfermagem de reabilitação para a recuperação funcional ainda possível. Mas executar um trabalho de reabilitação nestas condições revela-se difícil.

Avaliação:

Após alguns turnos é possível detetar o campo de intervenção do EEER na equipa multidisciplinar e como as suas atividades podem produzir ganhos na capacidade funcional dos utentes.

A descrição realizada vai ao encontro de outra face da atividade do EEER, que na realidade presta cuidados de reabilitação incorporados numa dinâmica organizacional em que os turnos são manifestamente preenchidos pelas rotinas e cuidados padronizados. O problema principal é antigo e continua a ser manifestamente o défice de enfermeiros generalistas e mais ainda de EEER pelos turnos, o que dificulta o desenvolvimento normal de planos de reabilitação a todos os utentes.

Na minha opinião utentes como aquele que descrevi ganha um contorno de vulnerabilidade maior que todos os outros, porque o afastamento e recusa de cuidados tem tendência a afastar ainda mais os profissionais. E estes já são afastados dos cuidados pela própria realidade organizacional dos serviços.

Análise:

Esta experiência tem contornos diversos mas o mais significativo é a dificuldade em envolver os cuidados de reabilitação, numa dinâmica de serviço amplamente ocupada pelos cuidados generalistas e com utentes que vivem a sua transição e alterações corporais, familiares e sociais ao longo do internamento.

As dificuldades são diversas mas realço a dificuldade em envolver os utentes no plano de reabilitação na sua fase de negação ou depressiva quando o tempo e recursos do EEER são diluídos pela atividade generalista.

Conclusão:

Acredito num grande benefício para os utentes num campo de intervenção do EEER definido na equipa multidisciplinar sem entrar em conflito com as intervenções de outros profissionais. É possível demonstrar os ganhos produzidos pelos EEER desde a melhoria da capacidade funcional e respetiva reintegração na comunidade, diminuição de complicações durante o internamento e após a alta.

A situação que descrevi é sem dúvida uma situação do dia-a-dia das várias unidades prestadoras de cuidados e o ter tempo e campo de intervenção definido para o EEER poderia ser uma ajuda para a solução de problemas nos utentes com tamanha incapacidade e vulnerabilidade como aqueles que vivem o seu processo de transição na LVM.

Planear a ação:

Desde que ingressei no curso que perguntam como vou integrar as competências do EEER na minha realidade profissional e foi algo difícil de responder nomeadamente no início. Hoje eu próprio faço a mesma pergunta. As exigências laborais e compromissos assumidos numa USF podem ser à primeira vista uma barreira à execução de uma ideia, projeto ou planos de reabilitação. Começa a ser um desafio refletir sobre as várias possibilidades de ação e influência da minha prática no futuro. Ainda assim é o meu desejo continuar a desenvolver as minhas competências técnicas, científicas e humanas no âmbito da especialidade de reabilitação.

Apêndice IV

**7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular de Opção II

Estudo de Caso

Pedro Miguel Melo Faustino

Lisboa

Novembro 2016

A large, stylized green wave graphic that starts from the bottom left and curves upwards and to the right, ending near the top right corner of the page. It is composed of several overlapping, curved bands of varying shades of green.

1 – Introdução.....	pág. 1
2 - História clínica atual.....	pág. 3
3- Avaliação de enfermagem.....	pág. 6
4 - Plano de cuidados de reabilitação.....	pág. 10

Anexos

1 – INTRODUÇÃO

Identificação:

Nome: J.M.

Idade: 85 anos

Género: Masculino

DESCRIÇÃO:

O utente J.M. reside na freguesia de Queijas há 40 anos, em moradia germinada com dois pisos sem elevador, com acesso pelo pátio em rés de chão. O 1º andar é composto por três quartos sendo necessário a subida de 10 degraus, não sendo estas assoalhadas no momento habitadas. O R/c é composto por um quarto, cozinha, sala e casa de banho. Encontra-se situada a 10 minutos de serviços camarários e comércio.

Vive com a esposa, tem dois filhos e quatro netos.

Parcialmente dependente nas AVD até recorrer a 7/7/2016 à urgência hospitalar do HSFx por desorientação, dor lombar esquerda com irradiação para a abdómen e febre com quatro dias de evolução. Realiza análises com incidência na função renal, RX tórax (sem alterações), ecografia renal e hemoculturas. Fica internado por Pielonefrite aguda e demência vascular agudizada com alta hospitalar a 27/7/2016, regressando ao seu domicílio totalmente dependente na AVD.

Após referenciação para a ECCL e aguardar vaga nesta, tem visita da equipa a 17/10/2016. Na observação inicial apresentava-se orientado na pessoa e espaço e desorientado no tempo. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Eupneico, sem tiragem e cianose das extremidades. Tem dor 3 na escala numérica. Sinais vitais dentro de parâmetros normais para o utente.

A esposa revela um grande interesse na intervenção da ECCL, expressando muita esperança no regresso de alguma autonomia do utente mas

simultaneamente um discurso depressivo e choroso pela situação global do marido.

O utente encontra-se acamado desde a alta hospitalar com apenas alguns levantes para a cadeira nos primeiros dias após regressar do hospital com ajuda total de terceiros. Não possui cadeira de rodas ou outras ajudas técnicas.

Apresenta atrofia muscular acentuada nos membros inferiores, impossibilitando de se manter na posição ortostática e colaboração na mobilização no leito.

Casa com boas condições de higiene mas com barreiras arquitetónicas e de mobiliário acentuadas. O tamanho das divisões e peças de mobiliário não permitem o rodar livre de uma cadeira de rodas ou de um andarilho.

Encontra-se acamado sem colchão de pressão alternada.

Tem apoio principal da esposa e de uma amiga pessoal para os cuidados de higiene.

É admitido na ECCI com o plano de intervenção direcionado para:

- Fortalecimento muscular ao nível dos quatro membros
- Controlo de sintomas
- Ganho de autonomia nas AVD.

2 - HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

Diagnóstico:

Pielonefrite aguda e demência vascular agudizada

Hábitos aditivos:

Não refere a não ser consumo de álcool em momentos e épocas festivas

Antecedentes pessoais e co-morbilidades:

Hipertensão controlada

Diabetes Mellitus controlada

Insuficiência Cardíaca de etiologia hipertensiva

Estenose Aórtica moderada

Demência vascular e síndrome demencial

Infeções urinárias de repetição

História familiar e conviventes:

Vive com esposa. Tem dois filhos e quatro netos.

Internamentos anteriores:

Cirurgia prostática em 2003

Pielonefrite aguda em 2013

Prótese Total da Anca bilateral em 2015

Alergias a fármacos ou outras:

Nega

Sinais Vitais:

TA: 150/50 mm Hg

FC: 88

SPO2: 89%

Dor:

3 na escala numérica

Tosse:

Eficaz

Expetoração:

Sem expetoração

Terapêutica habitual:

Amlodipina 10 mg 1cp à noite

Clopidogrel 75 mg 1cp ao almoço

Metformina 850 mg 1cp de manhã + 1cp à noite

Paroxetina 20 mg 1/2 cp ao jantar

Exelon TD 9.5/24h

Sinvastatina 20 mg 1cp à noite

Tansulosina 0,4 mg 1cp de manhã

Estado emocional:

O utente é bastante comunicativo, educado e claro na transmissão de ideias mas não demonstra uma clara motivação para um programa de reabilitação.

Pele e mucosas:

Coradas e hidratadas. Tem score 11 na Escala de Braden (Anexo I) com um risco elevado para risco de úlceras de pressão.

Circulação:

Sem sinais de compromisso arterial ou venoso. Sem edemas e úlceras. Apresenta pulsos pediosos e tibiais presentes bilateralmente.

Nutrição e hábitos alimentares:

IMC: 24.74. Tem alimentação diversificada à base de carne, peixe, hortícolas. Tem restrição de sal, gorduras e quantidade excessiva de hidratos de carbono. Ingere 1L de água por dia.

Eliminação:

Apresenta incontinência dos esfíncteres, usa fralda 24horas por dia.

Sono e repouso:

Tem episódios pouco frequentes de insónias e pesadelos dormindo 7-8 horas por noite.

Atividades de vida diária:

Totalmente dependente na realização das AVD apresentando um score de 10 na Escala de Barthel (Anexo II)

Risco de queda:

Score 95 na Escala de Morse (Anexo III) – alto risco de queda

Exercício físico:

Não realiza

Vacinação:

PNV atualizado. É administrada a vacina da gripe sazonalmente.

3 – Avaliação de Enfermagem:

Exame Neurológico:

Estado de consciência – Apresenta score 14 pela Escala de Glasgow (Anexo IV)

Estado de orientação – Orientado no espaço e pessoa. Desorientado no tempo não referindo corretamente o dia da semana e mês, mês e ano.

Atenção – Vígil ao estímulo externo, responde com concentração às perguntas efetuadas. Efetua uma conta aritmética simples.

Memória

Sensorial – Refere qual é a imagem vista antes e depois de fechar os olhos

Imediata – responde a um acontecimento de alguns minutos antes

Recente – recorda-se do que comeu nesse dia antes da nossa visita

Linguagem – linguagem fluente com vocabulário diversificado

Motricidade:

Força muscular - Escala de Lower (Anexo V)

Segmentos	Movimentos	Escala	
Cabeça e pescoço	Flexão	4/5	
	Extensão	4/5	
	Flexão lateral Esq	3/5	
	Flexão lateral dto	3/5	
	Rotação	3/5	
		Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
	Abdução	4/5	4/5
	Adução	4/5	4/5
	Rotação interna	4/5	4/5
	Rotação externa	4/5	4/5
Cotovelo	Flexão	4/5	4/5
	Extensão	4/5	4/5
Antebraço	Pronação	3/5	3/5
	Supinação	3/5	3/5
Punho	Flexão palmar	3/5	3/5
	Dorsi-Flexão	3/5	3/5
	Desvio radial	3/5	3/5
	Desvio cubital	3/5	3/5
	Circundação	3/5	3/5

Dedos	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
	Abdução	3/5	3/5
	Adução	3/5	3/5
	Circundação	3/5	3/5
	Oponência do polegar	3/5	3/5
Coxo-femural	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
	Abdução	3/5	3/5
	Adução	3/5	3/5
	Rotação interna	3/5	3/5
	Rotação externa	3/5	3/5
Joelho	Flexão	3/5	3/5
	Extensão	3/5	3/5
Tíbio-társica	Flexão plantar	2/5	2/5
	Flexão dorsal	2/5	2/5
	Inversão	2/5	2/5
	Eversão	2/5	2/5
Dedos	Flexão	2/5	2/5
	Extensão	2/5	2/5
	Abdução	2/5	2/5
	Adução	2/5	2/5

Coordenação motora:

Prova índex-nariz – Com o membro superior direito e esquerdo em abdução toca com o dedo indicador no nariz sem dificuldade com os olhos abertos e fechados.

Marcha:

O utente assume uma posição ortostática com apoio bilateral de duas pessoas pela cintura. Tem uma marcha anormal de alguns metros com flexão excessiva da articulação coxo-femural e joelhos por distrofia muscular e por reação e defesa a dor lombar.

Padrão respiratório:

Tórax de morfologia normal, sem aparentes deformações ou outras alterações. Movimentos torácicos de amplitude profunda de 15 ciclos por minuto predominantemente toraco-abdominal. Sem sinais de tiragem e dispneia.

Avaliação Psicológica:

Não existe necessidade no momento de apoio da Psicóloga

Avaliação Social:

Ocorrerá no decurso dos primeiros 15 dias de internamento na ECCI

Avaliação médica:

Ocorrerá no decurso dos primeiros 15 dias de internamento na ECCI

4 - PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

Avaliação e levantamento de diagnósticos

Data: 17-10-2016:

Após o último internamento hospitalar o utente experimenta uma transição de um estado de saúde em que o utente satisfazia as suas necessidades com a ajuda parcial de outros para agora necessitar de ajuda total para as AVD's. O utente tem vários fatores que desencadearam esta transição como o próprio internamento, os seus antecedentes pessoais e clínicos que foram agudizando de forma sequencial até ao dia de hoje.

No primeiro contato encontramos o utente acamado e com um score de dependência elevado, apresenta força muscular diminuída nos membros inferiores e uma resposta sempre positiva aos nossos comandos. Não apresentou dor ou fadiga nos exercícios no leito significativos. Na posição ortostática a permanência nesta posição é de curto espaço de tempo devido a queixas significativas de dor lombar e desequilíbrio dinâmico.

Necessita de cuidados de enfermagem de reabilitação para ganhos na função motora, prevenção de quedas, prevenção da alteração da integridade cutânea e capacitação da esposa para novas competências na prestação de cuidados.

DIAGNÓSTICO:

Mobilidade física alterada pela atrofia muscular, manifestada por diminuição de força nos membros inferiores, amplitude limitada de movimentos, dor à mobilização e marcha anormal.

Resultados Esperados:

Aumentar força muscular e amplitude articular

Controlo e diminuição da dor

Promover suporte familiar e ambiental

Intervenções de Enfermagem:

Informar o utente de todos os procedimentos, finalidade e estimular a sua participação

Promoção de um ambiente seguro, calmo e facilitador das técnicas

Avaliar a força muscular de acordo com a Escala de Lower

Realização de mobilização passivas, ativas assistidas, ativas e ativa resistidas de todas as articulações presentes na Escala de Lower, respeitando a amplitude articular, estimulando o utente para a participação e visualização do movimento

Repetir os exercícios no mínimo 10 vezes em cada movimento com respeito pela amplitude articular e respeitando a posição funcional das articulações

Avaliar a dor, fadiga e tolerância ao longo da realização dos exercícios

Efetuar levantar do leito para uma posição ortostática para treino de equilíbrio

Iniciar marcha com apoio de dispositivo auxiliar

Marcha de 15 metros correspondente à saída da cama até à sala e regressar.

Incorporar a esposa nos cuidados e ensinar os exercícios que expressem mais possibilidade de ganhos na recuperação da força muscular

Avaliação:

17-10-2016

Na primeira visita o utente apresentava um score de 4 no Índice de Barthel e score 11 na Escala de Braden.

Iniciamos o próprio programa de reabilitação pela avaliação da força muscular pela Escala de Lower, onde se verifica um grau reduzido de 4/5 na força muscular nos membros superiores e um grau moderado (3/5) na força muscular nos membros inferiores.

Na primeira visita são realizadas as mobilizações de forma passiva e posteriormente de forma ativa assistida, estimulando o utente através da visualização e orientação verbal na realização das mesmas. Realizámos um primeiro levante da cama para a posição ortostática sendo referido pelo utente dor de predominância lombar de 3 na escala numérica. Verifica-se desequilíbrio dinâmico e tremores dos membros inferiores. Incentivamos a participação da esposa através da observação destas atividades.

19-10-2016

Na segunda visita ao utente este encontra-se em score 14 com respostas confusas e alucinações. A esposa refere que teve insónias durante a noite com um sono agitado.

Iniciámos pelas mobilizações ativas assistidas ao qual o utente participou e realizou sem queixas relevantes. Não se verificou alteração evidente na força dos vários segmentos.

No levante do leito para a posição ortostática o utente não realizou de forma eficaz iniciando logo um quadro de queixas de dor lombar na posição de sentado no leito e com uma diminuição da força nos membros inferiores quando se colocou em pé. Foi necessário retornar o utente para o leito de imediato.

24-10-2016

Após uma semana do início do programa de reabilitação e em discussão com a enfermeira orientadora considera-se que o estado de consciência em que

predomina um discurso confuso precedido de uma noite agitada o utente tende a ter um desempenho menos ativo nos exercícios.

Hoje com um discurso mais calmo e menos confuso, são realizados os exercícios de mobilizações ativas assistidas e ativas resistidas dos membros inferiores e o levante é realizado sem dificuldades maior pelo utente, tendo realizado uma pequena marcha de 10m do quarto à sala e regresso com apoio.

28-11-2016

Após uma regularidade de duas a três visitas por semana o utente teve uma avaliação médica onde foi acrescentado o Sedoxil 1cp à noite para responder às queixas de insónias e sono agitado.

2-11-2016

Verifica-se melhorias na diminuição de força nos quatros membros, principalmente nos membros inferiores. O programa incide na realização de mobilizações ativas e ativas resistidas de todas os segmentos e articulações, levante do leito e marcha de 10 a 15 metros.

10-11-2016

Encontramos o utente sentado em cadeirão na sala após levante do leito pela esposa. Visivelmente bem-disposto, confortável e comunicativo.

A nível dos membros inferiores força muscular dos joelhos já demonstra uma melhoria com um score de 4/5. A articulação coxofemoral esquerda e direita realiza um movimento contra a gravidade e resistência mas ainda não fica completo por inibição na presença de dor na região trocantérica de forma bilateral.

Hoje mantém a melhoria já referida da força muscular na maior parte dos segmentos. É mantido o plano de mobilizações ativas e ativas resisistidas dos

membros inferiores. A marcha mantém-se anormal com passos curtos e flexão de 5% do tronco que remete para um desequilíbrio durante o andar.

Após discussão com a enfermeira orientadora fica previsto a introdução de andariço nas próximas visitas.

DIAGNÓSTICO:

Risco de alteração da integridade da pele relacionada com a diminuição da mobilidade e manifestada pela permanência no leito

Resultados Esperados:

Manutenção da integridade cutânea

Capacitar utente e cuidador para avaliação do risco de úlceras de pressão

Capacitar utente e cuidador para desenvolver e executar os procedimentos preventivos de úlceras de pressão

Intervenções de Enfermagem:

Avaliar risco de úlceras de pressão através da Escala de Braden

Ensinar a esposa sobre a prevenção de úlceras de pressão

Incentivar posicionamentos frequentes e explicar os riscos da não alternância de decúbitos

Ensinar a esposa sobre os sinais de úlceras de pressão nomeadamente zonas de rubor.

Instruir a esposa dos cuidados para prevenir úlceras de pressão nomeadamente zonas de pressão pelo vestuário, mobiliário, corpo estranho e exposição a fontes de calor ou de frio extremos

Manter a pele hidratada com uso de creme

Incentivar uma alimentação adequada e hidratação que estimule crescimento muscular e hidratação da epiderme

Avaliação

17-10-2016

A avaliação inicial pela escala de Braden remete para um risco elevado para risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

10-11-2016

Ao longo das visitas o utente nunca apresentou desenvolvimentos de zonas de rubor ou outra alteração da integridade cutânea e à data com a melhoria funcional o score pela escala de Braden apresenta um risco moderado de úlcera de pressão.

DIAGNÓSTICO:

Risco de quedas relacionado com a diminuição de força muscular e manifestado pela marcha anormal e desequilíbrio

Resultados Esperado:

Que o utente não sofra quedas e lesões decorrentes destas

Intervenções de Enfermagem:

Avaliar risco de quedas através da Escala de Morse

Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico sentado e de pé

Ensinar a esposa sobre a prevenção quedas

Colaborar na adaptação de barreiras arquitetônicas ou outros obstáculos

Incentivar o uso de vestuário confortável que não limite os movimentos

Incentivar a colocação dos objetos para um fácil acesso

Realizar os ensinamentos sobre as transferências da cama para uma cadeira e vice-versa

Avaliação:

17-10-2016

O utente apresentava na primeira avaliação um score 80 com alto risco de queda na escala de Morse

10-11-2016

Não ocorreram quedas durante as visitas ou na nossa ausência.

O risco de queda manteve-se elevado ao longo das semanas, mas nas últimas visitas com melhoria da parte cognitiva e alguma recuperação da força muscular nos membros inferiores o score melhorou ligeiramente para 80 mas mantendo-se elevado para o risco de queda.

Diagnóstico:

Papel ineficaz no autocuidado relacionado com a dependência total do utente e manifestado pelo cuidador (esposa)

Resultados Esperados:

Que o utente adquira competências na realização das suas AVD

Intervenções de Enfermagem:

Avaliar a capacidade funcional do utente pela escala de Barthel

Demonstrar e incentivar a participação do utente nas atividades propostas no programa de reabilitação

Ensinar sobre o papel do cuidador no autocuidado

Incentivar o cuidador na prestação de cuidados promovendo o máximo o autocuidado

Promover a realização das atividades pelo utente na ausência dos enfermeiros com a colaboração e supervisão do cuidador

Avaliação:

17-10-2016

Na avaliação inicial o utente apresentava-se totalmente dependente na realização das AVD apresentando um score de 10 na Escala de Barthel

10-11-2016

Apresenta um aumento do score na escala de Barthel para 25 proveniente da realização de levantar e marcha com ajuda, mas que ainda coloca o utente com uma grave dependência nas AVD.

Consideramos que a manutenção dos ganhos na força muscular pode influenciar no futuro as atividades relacionadas com a mobilidade e utilização da casa de banho.

ANEXOS

ANEXO I

Nome _____

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ULCERAS DE PRESSÃO					Data Avaliação					
Descrição	1	2	3	4						
Percepção Sensorial	Totalmente limitado	Muito limitado	Levemente limitado	Nenhuma limitação						
Humidade	Completamente molhado	Muito molhado	Ocasionalmente molhado	Raramente molhado						
Actividade	Acamado	Confinado à cadeira	Anda ocasionalmente	Anda frequentemente						
Mobilidade	Totalmente imóvel	Bastante limitado	Levemente limitado	Não apresenta limitações						
Nutrição	Muito pobre	Provavelmente inadequada	Adequada	Excelente						
Fricção e forças de deslizamento	Problema	Problema potencial	Nenhum problema							
AVALIAÇÃO: 6 – 11 PONTOS = RISCO ALTO 12 – 17 PONTOS = RISCO MODERADO 18 – 20 PONTOS = RISCO BAIXO				TOTAL						
				ENF. (rubrica)						

ANEXO II

Índice de Barthel

Nome: _____

1) Alimentação

10 – Independente

5 – Necessita de ajuda ou dieta modificada

0 – Dependente

2) Higiene pessoal

5 – Independente

0 – Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.

3) Vestir-se

10 – Independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda

5 – Necessita ajuda

0 – Totalmente dependente

4) Banho

5 – Independente

0 – Dependente

5) Controlo anal

10- Continente

5 – Acidente ocasional

0 – Incontinente

6) Controlo vesical

10 – Continente

5 – Acidente ocasional

0 – Incontinente

7) Utilização do WC

10 – Independente

5 – Necessita ajuda

0 – Dependente

8) Transferência

- 15 – Independente
- 10 – Alguma ajuda
- 5 – Muita ajuda
- 0 – Totalmente dependente

9) Mobilidade/deslocação

- 15 – Independente
- 10 – Necessita ajuda
- 0 – Totalmente dependente

10) Subir e descer escadas

- 10 – Independente
- 5 – Necessita ajuda. Necessita ajuda e supervisão.
- 0 – Dependente. É incapaz de subir e descer degraus.

VALORES :

- Autônomo: 100 pontos
- Dependente leve: 60 – 100 pontos
- Dependente Moderado: 40-60 pontos
- Dependente Grave: 20-40 pontos
- Dependente total: <20 pontos

PONTUAÇÃO TOTAL : _____

ANEXO III

Nome _____

ESCALA DE MORSE			Data		Data	Data	Data
	ITEM	Pontuação					
Antecedentes de Queda	Sim	25					
	Não	0					
Diagnóstico secundário	Sim	15					
	Não	0					
Apoio na deambulação	Nenhum/apoiado/cadeira de rodas	0					
	Canadianas/bengala/andarrilho	15					
	Apoia-se na mobília	30					
Medicação/heparina	Sim	20					
	Não	0					
Marcha	Normal/acamado/cadeira de rodas	0					
	Desequilíbrio fácil	10					
	Défice na marcha	20					
Estado mental	Consciente das suas limitações	0					
	Não consciente das suas limitações	15					
0-24 – Baixo risco de queda 25-50 – Médio risco de queda <50 –Alto risco de queda							

ANEXO IV

Nome_____

Escala de Glasgow - Variáveis		Score	Data	Data	Data	Data
Abertura Ocular	Espontânea	4				
	À voz	3				
	À dor	2				
	Nenhuma	1				
Resposta Verbal	Orientada	5				
	Confusa	4				
	Palavras inapropriadas	3				
	Sons inespecíficos	2				
	Nenhuma	1				
Resposta Motora	Obedece ao comando	6				
	Localiza a dor	5				
	Retirada ao estímulo doloroso	4				
	Flexão anormal	3				
	Extensão anormal	2				
	Nenhuma	1				
Valor						

Antecedentes pessoais_____

ANEXO V

Nome _____

Escala de Lower

Segmentos	Movimentos	Escala	
Cabeça e pescoço	Flexão		
	Extensão		
	Flexão lateral Esq		
	Flexão lateral dto		
	Rotação		
		Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão palmar		
	Dorsi-Flexão		
	Desvio radial		
	Desvio cubital		
	Circundação		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		
	Circundação		
	Oponência do		

	polegar		
Coxo-femural	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tíbio-társica	Flexão plantar		
	Flexão dorsal		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		

**7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem de Reabilitação**

Unidade Curricular de Opção II

Estudo de Caso

Pedro Miguel Melo Faustino

Lisboa

Janeiro 2017

1 – Introdução.....	pág. 1
2 - História clínica atual.....	pág. 3
3- Avaliação de enfermagem.....	pág. 5
4 - Plano de cuidados de reabilitação.....	pág. 9

Anexos

1 – INTRODUÇÃO

Identificação:

Nome: R. B.

Idade: 27 anos

Género: Masculino

DESCRIÇÃO:

O utente R. B. deu entrada no Serviço de Urgência do CHLC no dia 4 de Janeiro de 2017 após queda de 4 metros do elevador do monta-cargas no seu local de trabalho. Da queda resultou um traumatismo craniano com perda de conhecimento, dor lombar intensa acompanhada de impotência funcional dos membros inferiores e anestesia abaixo dos joelhos, não conseguindo mexer pés e dedos.

O utente reside na freguesia da Graça há 27 anos, num apartamento situado no primeiro andar sem elevador, com necessidade de subir 10 escadas. O apartamento é composto por dois quartos, cozinha, sala e casa de banho. Encontra-se situado em zona rica em serviços comerciais e camarários.

Vive com companheira em união de fato e um filho de três anos.

É repositor num super-mercado.

Nega doenças e problemas de saúde até ao dia do acidente, referindo ter hábitos de vida saudáveis nomeadamente exercício físico regular.

Na entrada no serviço de urgência realiza exames complementares que revelam fratura e luxação de L2 e L3.

É operado no próprio dia tendo realizado redução da luxação L2-L3 e fixação lombar posterior de L1-L4.

Dá entrada na Unidade Vertebro-Medular a 5 de Janeiro após um recobro sem intercorrências. Na avaliação inicial apresenta plegia dos membros inferiores

com anestesia abaixo dos joelhos. Tem a sutura operatória sem sinais de hemorragia ou repasse seroso.

Encontra-se acordado, consciente e orientado. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Tem dor 7 na escala numérica. Sinais vitais dentro de parâmetros normais para o utente.

Eupneico, sem tiragem e cianose das extremidades.

É iniciado o programa de reabilitação após a realização de TAC de controlo a 6 de Janeiro, com autorização de levante progressivo se o utente tolerar.

O utente revela um grande interesse no plano de reabilitação, expressando muita esperança na recuperação da mobilidade e sensibilidade dos membros inferiores. Apresenta um fâcies triste e preocupado pela situação pessoal mas também pela tristeza da companheira e filho.

O plano de intervenção é direccionado para:

- Prevenir as complicações associadas à ausência de movimento;
- Aumentar a força muscular e mobilidade;
- Ganho de autonomia nas AVD e adaptação à mobilidade alterada;
- Controlo de sintomas.

2 - HISTÓRIA CLÍNICA ATUAL

Diagnóstico:

Fratura e luxação de L2 e L3

Hábitos aditivos:

Não refere a não ser consumo de álcool em momentos e épocas festivas

Antecedentes pessoais e co-morbilidades:

Não refere

História familiar e conviventes:

Vive com companheira. Tem um filho de três anos.

Internamentos anteriores:

Não refere

Alergias a fármacos ou outras:

Nega

Sinais Vitais:

TA: 111/61 mm Hg

FC: 78

SPO2: 99%

Dor:

7 na escala numérica

Tosse:

Eficaz

Expetoração:

Sem expetoração

Terapêutica habitual:

Não refere

Estado emocional:

O utente é comunicativo e claro na transmissão de ideias e sentimentos. Aparenta estar esclarecido sobre o seu diagnóstico, refere e demonstra um desejo de iniciar um programa de reabilitação

Pele e mucosas:

Coradas e hidratadas.

Circulação:

Sem sinais de compromisso arterial ou venoso. Sem edemas e úlceras. Apresenta pulsos pediosos e tibiais presentes bilateralmente.

Nutrição e hábitos alimentares:

Altura: 1, 74 m

Peso actual: 73 Kg

IMC actual: 24.11 Kg/m²

Não refere nenhum tipo de alergia ou intolerância alimentar ou problemas que comprometam a ingestão alimentar. Tem observação da nutricionista no dia 5 de Janeiro, inicia dieta normocalórica.

Eliminação:

Algaliado desde o acidente com algália folley 16ch. Apresenta incontinência do esfíncter anal, usa fralda 24horas por dia.

Inicia treino intestinal a 6 de Janeiro.

Sono e repouso:

Tem episódios frequentes de insónias dormindo 4-6 horas por noite.

Atividades de vida diária:

Na avaliação inicial apresenta um score de 56 na Medida de Independência Funcional (MIF) que remete para uma incapacidade funcional moderada (Anexo I)

Exercício físico:

Realizava futebol de salão 2 x semana

Vacinação:

PNV atualizado.

3 – Avaliação de Enfermagem:

Exame Neurológico:

Estado de consciência – Apresenta score 15 pela Escala de Glasgow (Anexo II)

Estado de orientação – Orientado no tempo, espaço e pessoa.

Classificação Neurológica de Lesão Medular – ASIA

Na avaliação inicial apresenta uma escala de deficiência A remetendo para uma lesão completa, não apresentando contração e sensação voluntária anal (Anexo III). O nível neurológico onde a função motora e sensorial são normais localiza-se a T11.

Motricidade:

Força muscular - Escala de Lower (Anexo IV)

Segmentos	Movimentos	Escala
Cabeça e pescoço	Flexão	5/5
	Extensão	5/5

	Flexão lateral Esq	5/5	
	Flexão lateral dto	5/5	
	Rotação	5/5	
		Direito	Esquerdo
	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Ombro	Abdução	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Rotação interna	5/5	5/5
	Rotação externa	5/5	5/5
Cotovelo	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
Antebraço	Pronação	5/5	5/5
	Supinação	5/5	5/5
Punho	Flexão palmar	5/5	5/5
	Dorsi-Flexão	5/5	5/5
	Desvio radial	5/5	5/5
	Desvio cubital	5/5	5/5

	Circundação	5/5	5/5
Dedos	Flexão	5/5	5/5
	Extensão	5/5	5/5
	Abdução	5/5	5/5
	Adução	5/5	5/5
	Circundação	5/5	5/5
	Oponência do polegar	5/5	5/5
Coxo-femural	Flexão	1	1
	Extensão	1	1
	Abdução	1	1
	Adução	1	1
	Rotação interna	1	1
	Rotação externa	1	1
Joelho	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
Tíbio-társica	Flexão plantar	0	0
	Flexão dorsal	0	0
	Inversão	0	0

	Eversão	0	0
Dedos	Flexão	0	0
	Extensão	0	0
	Abdução	0	0
	Adução	0	0

Coordenação motora:

Prova índex-nariz – Com o membro superior direito e esquerdo em abdução toca com o dedo indicador no nariz sem dificuldade com os olhos abertos e fechados.

Padrão respiratório:

Tórax de morfologia normal, sem aparentes deformações ou outras alterações. Movimentos torácicos de amplitude profunda de 15 ciclos por minuto predominantemente toraco-abdominal. Sem sinais de tiragem e dispneia.

Avaliação Psicológica:

Observado pela psicóloga e psiquiatra para responder a episódios frequentes de insónias, ansiedade e labilidade emocional. Inicia a toma de antidepressivo (Mirtazapina 15mg).

Avaliação Social:

O serviço social da cadeia de supermercados empregadora do utente é contactada a 9 de Janeiro para eventual transferência do utente para CMR-Alcoitão pois é esta entidade que se encontra a colaborar com a seguradora.

4 - PLANO DE CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

Avaliação e levantamento de diagnósticos

Data: 6-1-2017:

O utente no momento do internamento na UVM experimenta o período de choque medular caracterizado por flacidez, ausência de qualquer atividade reflexa e sensação abaixo do nível da lesão.

O utente experimenta uma transição de um estado de saúde em que satisfazia totalmente as suas necessidades para agora necessitar de ajuda parcial a total para as AVD.

Na primeira avaliação ASIA (Anexo III) a LVM revela-se completa não existindo função sensorial ou motora abaixo do nível neurológico T11. O utente encontra-se acamado com o nível de dependência moderado (Anexo I) com queixas álgicas de 7 na escala numérica na região lombar e dorsal.

De acordo com a avaliação nas primeiras 48h o plano de reabilitação será individualizado ao utente preconizando atividades de movimento na cama e levante precoce, prevenção de quedas, prevenção da alteração da integridade cutânea e cuidados de enfermagem de reabilitação para ganhos na função motora, função respiratória e eliminação.

Iniciamos o próprio programa de reabilitação pela avaliação da força muscular pela Escala de Lower (Anexo IV), onde se verifica um grau de 5/5 na força muscular nos membros superiores e um grau 0/5 a 1/5 na força muscular nos membros inferiores. A MIF reflete uma incapacidade funcional moderada (Anexo I).

Diagnósticos:

-Compromisso da mobilidade dos membros inferiores relacionado com plegia e ausência de sensibilidade;

-Compromisso do equilíbrio e coordenação relacionado com a instabilidade do tronco, fraqueza muscular e período acamado;

-Mobilidade física alterada relacionada com fraqueza muscular, plegia dos membros inferiores, falta de conhecimento e medo;

-Risco de alteração da integridade da pele relacionada com a diminuição da mobilidade e manifestada pela permanência no leito;

-Risco de quedas relacionado com a plegia dos membros inferiores;

-Papel ineficaz no autocuidado relacionado com o aumento de dependência do utente.

Resultados Esperados:

-Participação no plano de reabilitação;

-Prevenir as complicações associadas à ausência de movimento;

-Aumentar a força muscular e mobilidade;

-Manutenção da integridade cutânea;

-Aumentar independência para as atividades que exigem atividade motora;

-Adaptar-se à mobilidade alterada;

-Usar corretamente os dispositivos e ajudas técnicas;

-Que o utente não sofra quedas e lesões durante o internamento e atividades terapêuticas executadas ao longo do plano de reabilitação;

-Compreensão das intervenções específicas das atividades relacionadas com o compromisso da mobilidade;

- Que o utente adquira competências na realização das suas AVD;
- Controlo e diminuição da dor;
- Promover suporte familiar e ambiental.

Intervenções de Enfermagem:

-Informar o utente de todos os procedimentos, finalidade e estimular a sua participação;

-Promoção de um ambiente seguro, calmo e facilitador das técnicas;

-Avaliar a força muscular de acordo com a Escala de Lower;

-Realização de mobilização passivas, ativas assistidas, ativas e ativa resistidas de todas as articulações presentes na Escala de Lower, respeitando a amplitude articular, estimulando o utente para a participação e visualização do movimento;

-Repetir os exercícios no mínimo 10 vezes em cada movimento com respeito pela amplitude articular e respeitando a posição funcional das articulações;

-Avaliar a dor, fadiga e tolerância ao longo da realização dos exercícios;

-Posicionar de acordo com o procedimento aprovado pela equipa multidisciplinar;

-Efetuar levante progressivo pela transição de posição de Fowler até à sua transferência para cadeira de rodas com espaldar e sem espaldar;

-Avaliar o equilíbrio estático e dinâmico sentado;

-Efetuar treino de equilíbrio;

-Efetuar treino de transferência com e sem tábua;

-Efetuar exercícios terapêuticos na cadeira de rodas;

-Efetuar treino de AVD;

-Incorporar a família nos cuidados e ensinar os exercícios que expressem possibilidade de ganhos na recuperação mobilidade física;

-Colaborar na adaptação de barreiras arquitetónicas ou outros obstáculos;

-Incentivar o uso de vestuário confortável que não limite os movimentos;

-Realizar os ensino sobre a transferências da cama para uma cadeira de rodas e vice-versa;

-Avaliar ganhos na capacidade funcional do utente pela MIF;

-Demonstrar e incentivar a participação do utente nas atividades propostas no programa de reabilitação;

-Promover a realização das atividades pelo utente na ausência dos enfermeiros.

9-1-2017

O utente realizou a 6/1 TAC de coluna de controlo pós-operatório que não revela complicações pós-cirurgia, sendo autorizado pela equipa médica o levante progressivo. Nesse mesmo dia o utente é sentado em posição de Fowler na cama, expressando dores na região dorsal que impediram o levante através de um elevador hidráulico para um cadeirão. As queixas álgicas persistiram e a 7/1 realiza Ressonância Magnética que não revela nenhuma complicação mantendo-se a indicação para levante.

É efetuado o primeiro levante para cadeirão a 8/1 com recurso a elevador hidráulico por um curto espaço de tempo porque o utente expressa novamente queixas de dor de predominância lombar de 7 na escala numérica.

A 9/1 realizei mobilizações passivas dos membros inferiores: dorsiflexão e flexão plantar, eversão e inversão dos pés, flexão dos joelhos, flexão, extensão, abdução e adução da articulação coxo-femural, estimulando o utente para a participação e visualização do movimento ao qual este participou sem queixas relevantes.

Refere elevadas queixas de cólicas abdominais apresentando um abdómen volumoso e timpanizado. Tinha sido realizado treino intestinal com supositório no fim do turno da noite mas que não tinha surtido efeito. Foi realizado toque retal com extração de fecalomas em abundante quantidade, mas que não surtiu melhoria das queixas.

Foi feita nova tentativa de levantar para cadeirão com auxílio de elevador mas que foi abortado por o utente manter as queixas de cólicas abdominais. Opta-se por colocar o utente em posição de conforto na cama em posição de semidorsal.

Foram realizadas massagens abdominais e introdução de sonda de enteróclise com saída abundante de gases que coloca o utente finalmente sem desconforto abdominal.

11-1-2017

A higiene é realizada na maca-banheira para grande agrado e participação do utente, em que este ativamente consegue lavar o seu cabelo e face anterior do tronco.

No regresso à cama realizei mobilizações passivas dos membros inferiores: dorsiflexão e flexão plantar, eversão e inversão dos pés, flexão dos joelhos, flexão, extensão, abdução e adução da articulação coxo-femural.

O utente realiza contração do quadricípite direito com flexão do joelho a 10°. Realiza contração do quadricípite esquerdo sem flexão do joelho.

Mantém ausência de sensibilidade abaixo dos joelhos e ausência de movimento dos pés e dedos.

Realiza com supervisão exercícios terapêuticos na cama nomeadamente push ups's, exercício isométricos de contração abdominal e fortalecimento muscular dos membros superiores com peso de 2Kg com ciclos de 10 exercícios de cada.

O levante foi precedido de longo período na posição de Fowler na cama, são avaliados os seus sinais vitais, equilíbrio estático e conforto. São colocadas meias de compressão.

É auxiliado por duas pessoas a colocar-se sentado na cama com os pés para fora, não apresentado equilíbrio estático necessitando de apoio para não cair para trás.

O utente revela sensação de medo relacionado com a dor e algum efeito negativo do levante na LVM. É esclarecido das vantagens do levante para a realização das intervenções planeadas para o seu plano de reabilitação. É administrado analgesia prescrita para auxiliar o controlo de sintomas.

Foi realizado o levante com auxílio do elevador para cadeira de rodas com espaldar. Esta cadeira provocou menos dores ao invés do cadeirão possibilitando ao utente repousar mais tempo na posição de sentado. Permitiu ainda a deslocação deste para junto de familiares e amigos na sala de espera do serviço.

Realiza em dias alternados treino intestinal que tem sido parcialmente eficaz, sendo necessário com frequência recorrer ao toque retal para limpeza da ampola retal.

18-1-2017

Ao longo de 13 dias de internamento ocorre a sinalização do utente para a psiquiatria por episódios frequentes de insónias, iniciando tratamento com antidepressivo que normaliza o padrão de sono. Também é pedida acompanhamento por psicologia após se aperceber um aumento de preocupação do utente com o filho de três anos.

É mantido o plano de mobilizações passivas dos membros inferiores e inicia-se simultaneamente mobilizações assistidas perante a existência de maior contração muscular dos quadricíptes que origina uma ampla flexão do joelho direito a 30° e uma contração mais intensa do quadricípite direito mas ainda sem flexão do joelho. Realiza de forma assistida a abdução e adução da articulação coxo-femural.

Inicia exercícios de rolamento na cama para a posição ventral e exercícios de flexões gerando bastante alegria no utente perante estes resultados.

É mantido o padrão de levantar com colocação em posição de Fowler na cama, promovendo sempre de seguida a colocação na posição de sentado com os pés de fora da cama. O utente nesta altura já consegue manter-se sentado na cama apoiado nas mãos.

Com o ganho de equilíbrio estático sentado na cama é explicado a transferência para cadeira de roda com tábua. A primeira transferência com tábua é realizada sem intercorrências mas com ajuda total de duas pessoas.

O treino intestinal mantém-se parcialmente eficaz ocorrendo com frequência perdas de fezes ao longo do dia.

23-1-2017

O programa de reabilitação tem incidido nas atividades anteriormente descritas, com ganhos para o utente na sua motivação para a realização destas, o aumento de contração e mobilidade dos membros inferiores acima dos joelhos.

Realiza autonomamente o rolamento na cama para a posição semidorsal e ventral.

O treino de AVD tem sido realizado pelo incentivo a vestir e despir a parte de cima do pijama que o utente realiza com algum esforço. Tem sido auxiliado na colocação das meias de compressão, calças de pijama e sapatilhas.

A esta altura o utente realiza com supervisão a transferência para cadeira de rodas sem espaldar com tábua de transferência. Faz a primeira transferência com tábua para a cadeira de banho e inicia a realização de duche na casa de banho.

27-1-2017

Atualmente o utente realiza de forma autónoma os exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores ao longo do dia na cama ou na cadeira de rodas. A transferência da cama para a cadeira de rodas e vice-versa é com tábua de transferência sem ajuda de terceiros, necessitando somente de supervisão. Realiza o manuseamento da cadeira de rodas sem dificuldades onde realiza exercícios de treino de equilíbrio: flexão anterior do tronco, flexão lateral do tronco, oscilação de peso, avião e push up's com ciclos de 10-12 exercícios de cada.

Inicia o treino intestinal com colocação do supositório pela sua própria mão antes do levantar e posterior ida na cadeira de banho até à sanita. Aprende a pesquisar a ampola retal para verificar a eficácia do treino.

Ao longo do plano de reabilitação o utente nunca apresentou desenvolvimento de zonas de rubor ou outra alteração da integridade cutânea nem ocorreram incidentes de quedas.

É realizada nova avaliação pela MIF (Anexo I) que demonstra ganhos na capacidade funcional para as AVD apresentando à data uma incapacidade funcional ligeira ao invés de moderada que o utente detinha na avaliação inicial.

ANEXOS

ANEXO I



CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA
CENTRAL EPE

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

VINHETA

R.3 - 27A

Unidade Vertebro-Medular

Auto-cuidados

Alimentação
Higiene Pessoal
Banho
Vestir a Metade Superior
Vestir a Metade Inferior
Uso da Sanita

Controle de esfínteres

Controlo de Urina
Controlo de Fezes

Mobilidade

Transferências Leito/Cadeira/Cadeira de Rodas
Transferências Sanita
Transferências Chuveiro

Locomoção

Marcha (M)/Cadeira de Rodas (CR)

Escadas

Comunicação

Compreensão
Expressão

Cognição Social

Interação Social
Resolução de Problemas
Memória

Avaliação Inicial
Data 6/1/2017
Avaliação Final
26/1/2017

3	7
3	7
3	4
3	5
4	5
4	4
1	1
1	5
1	4
1	4
1	6
1	1
7	7
7	7
7	7
7	7
7	7

M ☐ CR ☒

A ☐ V ☐
V ☐ N ☐

Total 56 89

Sem Ajuda
7 - Independência Completa (em segurança, em tempo normal)
6 - Independência Modificada (ajuda técnica)
Com Ajuda
5 - Supervisão
4 - Ajuda Mínima (pessoa >= 75%)
3 - Ajuda Moderada (pessoa >= 50%)
2 - Ajuda Máxima (pessoa >= 25%)
1 - Ajuda Total (pessoa >= 0%)

Observações:

Avaliada em conjunto com EER Natálie Sousa

ANEXO II

Nome_____

Escala de Glasgow - Variáveis		Score	Data	Data	Data	Data
Abertura Ocular	Espontânea	4				
	À voz	3				
	À dor	2				
	Nenhuma	1				
Resposta Verbal	Orientada	5				
	Confusa	4				
	Palavras inapropriadas	3				
	Sons inespecíficos	2				
	Nenhuma	1				
Resposta Motora	Obedece ao comando	6				
	Localiza a dor	5				
	Retirada ao estímulo doloroso	4				
		3				
	Flexão anormal	2				
	Extensão anormal	1				
	Nenhuma					
Valor						

Antecedentes pessoais_____

ANEXO III

Nome do Uteente R.B - 29A Data / Hora do Exame 6/1/2017
 Nome do Examinador AEER- Pedro Faustino + EER- Natália Souza



PADRÕES INTERNACIONAIS DE CLASSIFICAÇÃO NEUROLÓGICA DE LESÃO MEDULAR ISCAS

MOTOR

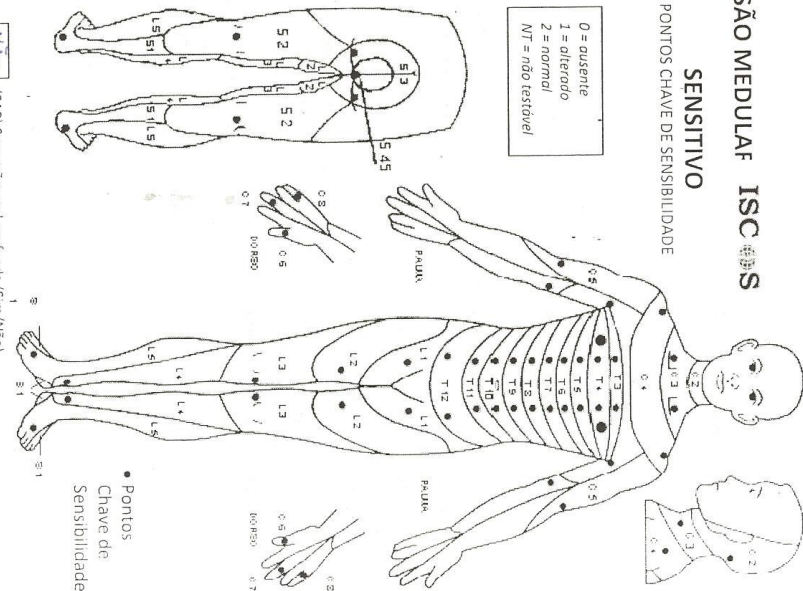
	D	E
C5	5	5
C6	5	5
C7	5	5
C8	5	5
T1	5	5

Flexores do cotovelo (Punção no verso da folha)
 Extensores do punho
 Extensores do cotovelo
 Flexores dos dedos (folha distal do dedo médio)
 Abdutores dos dedos (5º dedo)

MEMBRO SUPERIOR
 TOTAL (25) + (25) = (50)
 (MÁXIMO)

	D	E	TOQUE LEVE	TOQUE AGULHA	PONTOS CHAVE DE SENSIBILIDADE
C2	2	2	2	2	5.3
C3	2	2	2	2	5.4
C4	2	2	2	2	5.45
C5	2	2	2	2	5.2
C6	2	2	2	2	5.2
C7	2	2	2	2	5.2
C8	2	2	2	2	5.2
T1	2	2	2	2	5.2
T2	2	2	2	2	5.2
T3	2	2	2	2	5.2
T4	2	2	2	2	5.2
T5	2	2	2	2	5.2
T6	2	2	2	2	5.2
T7	2	2	2	2	5.2
T8	2	2	2	2	5.2
T9	2	2	2	2	5.2
T10	2	2	2	2	5.2
T11	2	2	2	2	5.2
T12	2	2	2	2	5.2
L1	2	2	2	2	5.2
L2	2	2	2	2	5.2
L3	2	2	2	2	5.2
L4	2	2	2	2	5.2
L5	2	2	2	2	5.2
S1	2	2	2	2	5.2
S2	2	2	2	2	5.2
S3	2	2	2	2	5.2
S4-5	2	2	2	2	5.2

0 = ausente
 1 = alterado
 2 = normal
 NT = não testável



(CAV) Contração anal voluntária (Sim / Não)

Não

MEMBRO INFERIOR

	D	E
L2	1	1
L3	1	1
L4	0	0
L5	0	0
S1	0	0

Flexores da anca
 Extensores do joelho
 Dorsiflexores do tornozelo
 Extensores do 1º dedo
 Flexores plantares do tornozelo

MEMBRO INFERIOR
 TOTAL (25) + (25) = (50)
 (MÁXIMO)

TOTALS (56) + (56) = (112)
 (MÁXIMO)

42 + 45 = 87

45 + 46 = 91

86 SCORE TOQUE LEVE (max:112)

91 SCORE TOQUE AGULHA (max:112)

NÍVEL NEUROLÓGICO

Segmento mais caudal com função normal

SENSITIVO D 11 E 11

MOTOR D 41 E 41

NÍVEL NEUROLÓGICO ÚNICO T11

Incompleto = Qualquer função sensorial ou motora em S4-S5

COMPLETA OU INCOMPLETA? ☐ **PARCIAL** ☒

ESCALA DE DEFICIÊNCIA ASIA (AIS) A

Nível mais caudal com alguma inervação

SENSITIVA D ☐ E ☐

MOTORA D ☐ E ☐

Este modelo poderá ser copiado mas não deverá ser alterado sem a permissão da American Spinal Cord Injury Association.

REV 03/13

Nome do Uteente R.B - Z.A
 Nome do Examinador Adelir - Pedro Faustina TEEER - Natália Silva
 Data / Hora do Exame 18/11/2017

MEMBRO SUPERIOR

MÚSCULOS CHAVE	D	E
Flexores do cotovelo	5	5
Extensores do punho	5	5
Extensores do cotovelo	5	5
Flexores dos dedos (falange distal do dedo médio)	5	5
Abdutores dos dedos (5º dedo)	5	5

TOTAL (MÁXIMO) 25 + 25 = 50

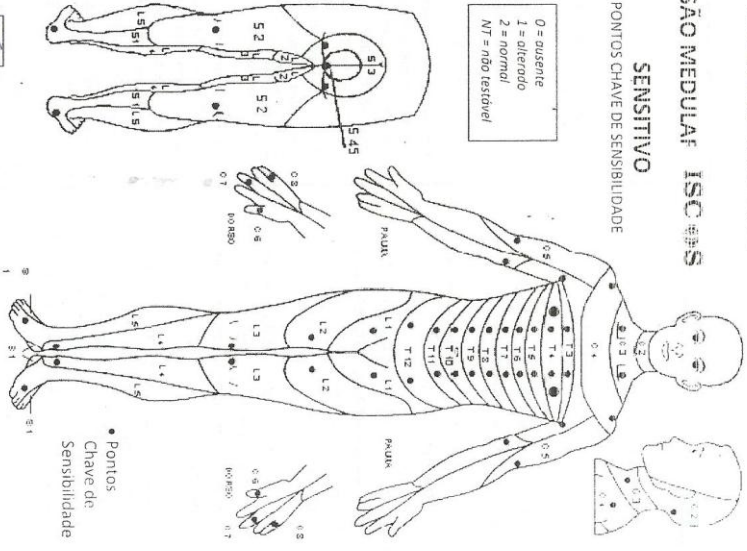
MEMBRO INFERIOR

MÚSCULOS CHAVE	D	E
Flexores da anca	2	2
Extensores do joelho	1	1
Doriflexores do tornozelo	0	0
Extensores do 1º dedo	0	0
Flexores plantares do tornozelo	0	0

TOTAL (MÁXIMO) 3 + 3 = 6

Comentários:

	D	E	D	E	D	E
C2	2	2	2	2	2	2
C3	2	2	2	2	2	2
C4	2	2	2	2	2	2
C5	2	2	2	2	2	2
C6	2	2	2	2	2	2
C7	2	2	2	2	2	2
C8	2	2	2	2	2	2
T1	2	2	2	2	2	2
T2	2	2	2	2	2	2
T3	2	2	2	2	2	2
T4	2	2	2	2	2	2
T5	2	2	2	2	2	2
T6	2	2	2	2	2	2
T7	2	2	2	2	2	2
T8	2	2	2	2	2	2
T9	2	2	2	2	2	2
T10	2	2	2	2	2	2
T11	2	2	2	2	2	2
T12	2	2	2	2	2	2
L1	2	2	2	2	2	2
L2	2	2	2	2	2	2
L3	2	2	2	2	2	2
L4	2	2	2	2	2	2
L5	2	2	2	2	2	2
S1	0	0	0	0	0	0
S2	0	0	0	0	0	0
S3	0	0	0	0	0	0
S4-5	0	0	0	0	0	0



TOQUE LEVE

TOTALS (MÁXIMO) 43 + 45 = 88

TOQUE AGULHA

TOTALS (MÁXIMO) 45 + 46 = 91

SCORE TOQUE LEVE (max:122) 88

SCORE TOQUE AGULHA (max:122) 91

(SAP) Sensação anal profunda (Sim/Não) Não

• Pontos Chave de Sensibilidade

MEMBRO INFERIOR

TOTAL (MÁXIMO) 3 + 3 = 6

TOQUE LEVE

TOTALS (MÁXIMO) 43 + 45 = 88

TOQUE AGULHA

TOTALS (MÁXIMO) 45 + 46 = 91

SCORE TOQUE LEVE (max:122) 88

SCORE TOQUE AGULHA (max:122) 91

COMPLETA OU INCOMPLETA? ☒ **INCOMPLETA**

ESCALA DE DEFICIÊNCIA ASIA (AIS) A

ZONA DE PRESERVAÇÃO ☐ **PARCIAL** ☐ **MOTORA** ☐

Este modelo aplica-se a qualquer nível de lesão medular, exceto para lesões de nível cervical C1-C4, onde se aplica o modelo de lesão medular completa.

ANEXO IV

Nome _____

Escala de Lower

Segmentos	Movimentos	Escala	
Cabeça e pescoço	Flexão		
	Extensão		
	Flexão lateral Esq		
	Flexão lateral dto		
	Rotação		
		Direito	Esquerdo
Ombro	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Cotovelo	Flexão		
	Extensão		
Antebraço	Pronação		
	Supinação		
Punho	Flexão palmar		
	Dorsi-Flexão		
	Desvio radial		
	Desvio cubital		
	Circundação		
Dedos	Flexão		

	Extensão		
	Abdução		
	Adução		
	Circundação		
	Oponência do polegar		
Coxo-femural	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		
	Rotação interna		
	Rotação externa		
Joelho	Flexão		
	Extensão		
Tíbio-társica	Flexão plantar		
	Flexão dorsal		
	Inversão		
	Eversão		
Dedos	Flexão		
	Extensão		
	Abdução		
	Adução		

Apêndice V

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

"...conjunto de **intervenções** sequenciais de **saúde** e ou de apoio **social**, decorrente de **avaliação conjunta**, centrados na recuperação global entendida como o **processo terapêutico e de apoio social**, activo e que visa promover a **autonomia** melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social..."

D.L. nº 101/2006, de 6 de Junho)

REABILITAÇÃO

REINSERÇÃO

READAPTAÇÃO



A RNCCI é criada pelo Decreto-Lei N.º 101/2006, de 6 de junho
Parceria entre os Ministérios da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e da Saúde

Instituições, públicas ou privadas
Prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social
Domicílio ou em unidades de internamento

UNIDADES DE CONVALESCENÇA

UNIDADES DE MÉDIA DURAÇÃO E
REABILITAÇÃO

UNIDADES DE CUIDADOS
PALIATIVOS

RNCCI

UNIDADES DE LONGA DURAÇÃO E
MANUTENÇÃO

EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS
INTEGRADOS

EQUIPAS HOSPITALARES DE CUIDADOS
CONTINUADOS DE SAÚDE



Ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua
qualidade de vida.

**REABILITAR E
CUIDAR**

Objetivos

**PREVENIR O
AGRAVAMENTO**

Equidade

**Prestação individualizada
dos cuidados**

Avaliação

Princípios

Multidisciplinaridade

**Continuidade
dos cuidados**

Proximidade



Unidade de Missão

Condução e lançamento do projecto global de **coordenação** e **acompanhamento** da estratégia de operacionalização da RNCCI, e implementação da **articulação** entre Centros de Saúde, Hospitais, Serviços e Instituições de natureza privada e social em interligação com o Sistema Nacional de Saúde e Segurança Social

Equipas Coordenadoras Regionais (ECR)

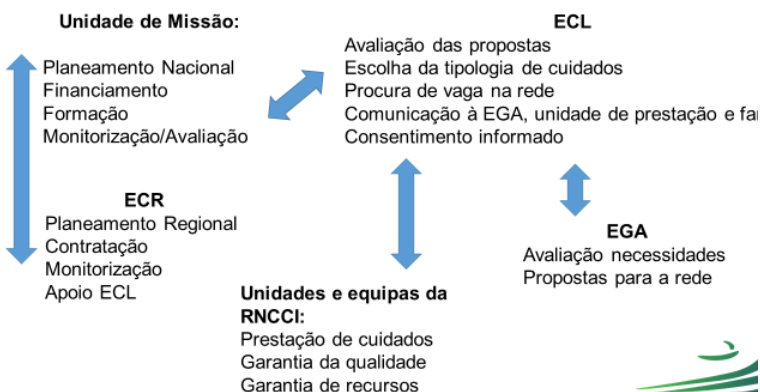
Articulam com a coordenação aos níveis nacional e local e asseguram o **planeamento**, a **gestão**, o **controlo** e a **avaliação** da Rede (ARS) - **Responsável pela admissão nas unidades**

Equipas Coordenadoras Locais (ECL)

Articulam com a coordenação a nível regional, asseguram o **acompanhamento** e a **avaliação** da Rede a nível local, bem como a **articulação** e **coordenação** dos recursos e actividades, no seu âmbito de referência (comunidade) - **Responsável pela apreciação da avaliação de saúde e social do doente e pela verificação dos critérios de referência**



RNCCI



UNIDADES DE INTERNAMENTO DA RNCCI:

Unidades de Convalescença

Doentes com perda de autonomia **transitória** que requeiram cuidados de saúde que pela sua frequência, complexidade ou duração não possam ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento **até 30 dias** consecutivos

Unidades de Média Duração e Reabilitação

Doentes com perda de autonomia com **indicação para reabilitação** e cuidados de enfermagem que devam ser prestados durante as 24h que pela sua frequência, duração ou ausência de apoio social por parte dos cuidadores, não podem ser prestados no domicílio, mas sem indicação para acompanhamento médico permanente com uma previsibilidade de internamento **superior a 30 dias e inferior a 90 dias**



Unidades de Longa Duração e Manutenção

Doentes com processos **crónicos** que apresentam diferentes níveis de dependência e graus de **complexidade**, necessitem de ajuda para a realização das atividades da vida diária e de cuidados médicos planeados que não podem ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento **superior a 90 dias consecutivos (<180)**

Unidades de Cuidados Paliativos

Doenças complexas em estado avançado, com evidencia de falha da terapêutica dirigida à doença base ou em fase terminal, que requeiram **Cuidados holísticos** em regime de internamento para aplicação de plano terapêutico paliativo(**dor, suporte psicológico, social e espiritual**)



Unidades de Convalescença

UCCI ASFE - Mafra
UCCI Casa dos Marcos - Rarissimas - Moita
UCCI Hospital Residencial do Mar - Bobadela
UCCI Instituto S. João de Deus - Clínica S. João de Ávila - Lisboa
UCCI Montepio Rainha Dona Leonor - Associação Mutualista - Caldas da Rainha
UCCI Residência Montepio Montijo - Unidade de Convalescença - Montijo
UCCI Santa Casa da Misericórdia do Bombaral - Hospital Casimiro da Silva Marques - Bombaral
UCCI Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento - Entroncamento
UCCI Saúde Mútua - Associação de Socorros Mútuos de Empregados no Comércio de Lisboa - Lisboa

Unidades de Média Duração e Reabilitação

UCCI Algueirão
UCCI ASFE - Mafra
UCCI Bento XVI - Fátima
UCCI Casa de Santa Maria - Camarate
UCCI - Casa de Saúde da Idanha - Belas
UCCI - Casa de Saúde Santa Rosa de Lima - Belas
UCCI Casa dos Marcos - Moita
UCCI Casimiro da Silva Marques - Bombaral
UCCI Clube Amizade de Setúbal de Rollar
UCCI Confraria de Nossa Senhora da Nazaré
UCCI Francisco Marques Estaca Júnior - Alhos Vedros
UCCI Hospital Nossa Senhora da Arrábida
UCCI Hospital SOERAD - Torres Vedras
UCCI LAHGO - Laranjeiro
UCCI Liga dos Amigos da Terceira Idade - Setúbal
UCCI Liga dos Amigos do Hospital de Santarém
UCCI Luís Dias - Coruche
UCCI Manuel Fanha Vieira - Entroncamento
UCCI - Naturidade Laveiras
UCCI - Naturidade Porto Salvo
UCCI Naturidade Rio Maior
UCCI Provedor Júlio Freire - Barreiro
UCCI Residência Montepio Montijo
UCCI Santa Casa da Misericórdia da Chamusca
UCCI Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos
UCCI T.M.G. - Ourém



Unidades de Longa Duração e Manutenção

UCCI ABEI - Vila Franca de Xira
UCCI ACREDITAR - Montijo
UCCI Algueirão
UCCI AMETIC - Lourinhã
UCCI ASFE - Mafra
UCCI Bento XVI - Fátima
UCCI Casa de Santa Maria - Camarate
UCCI Casa dos Marcos - Moita
UCCI Casal da Mata - Algueirão
UCCI Casimiro da Silva Marques - Bombaral
UCCI Chamusca
UCCI Clube Amizade de Setúbal de Rollar - Setúbal
UCCI Confraria de Nossa Senhora da Nazaré
UCCI de Canha - Santa Casa da Misericórdia da Canha
UCCI Francisco Marques Estaca Júnior - Alhos Vedros
UCCI Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Tomar
UCCI Hospital de Jesus Cristo - Santarém
UCCI Hospital Nossa Senhora da Arrábida
UCCI Hospital SOERAD - Torres Vedras
UCCI Idosos em Família - Rio Maior
UCCI LAHGO - Laranjeiro
UCCI Luís Dias - Coruche
UCCI Manuel Fanha Vieira - Entroncamento
UCCI Monte Sião - Amora
UCCI - Porto Salvo
UCCI - Rio Maior
UCCI Provedor Júlio Freire - Barreiro
UCCI Quinta da Relva - Alenquer
UCCI Residência Montepio Montijo
UCCI Sagrada Família - Amadora
UCCI Santa Casa da Misericórdia de Arruda dos Vinhos
UCCI Santo António de Charnais
UCCI São Rafael - Montijo
UCCI Saúde Sénior - Montijo
UCCI T.M.G. - Ourém

Unidades de Cuidados Paliativos

UCCI AMETIC - Lourinhã
UCCI ASFE - Mafra
UCCI - Casa de Saúde da Idanha - Belas
UCCI Clínica São João de Deus - Lisboa
UCCI Francisco Marques Estaca Júnior - Alhos Vedros
UCCI Hospital Nossa Senhora da Arrábida
UCCI Hospital Residencial do Mar - Bobadela
Clínica S. João de Ávila - Lisboa
UCCI - Laveiras
UCCI T.M.G. - Ourém
UCCI Unidade de Cuidados Paliativos - Barreiro

EQUIPAS DOMICILIARIAS

ECCI

Equipa **multidisciplinar** da responsabilidade dos **Cuidados de Saúde Primários** e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços **domiciliários**, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se do domicílio

ECCI Alameda
ECCI Benfica
ECCI Coração - Calçada da Tapada
ECCI Oudim - Ovejuna
ECCI Lapa
ECCI Lumiar
ECCI Olisipo/Manila
ECCI Sautar - Oeiras
ECCI Sete Rios

EQUIPAS COMUNITÁRIAS DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Equipa **multidisciplinar** que tem por finalidade prestar **assessoria diferenciada** em Cuidados Paliativos às Equipas prestadoras de cuidados no domicílio dos Centros de Saúde



QUEM PODE REFERENCIAR

Hospital

O serviço ou a Equipa de Gestão de Altas (EGA)

EGA:

Equipas **multidisciplinares** dos hospitais, com o objectivo de a **preparar** e gerir a **alta** dos doentes em **articulação** com os Serviços de internamento, de modo a que seja assegurada a continuidade de cuidados ao longo do processo de reabilitação.

Envia as **propostas** de admissão na rede à ECL após avaliação das condições referenciada

Comunidade (UCSP, USF, UCC...)

Equipas **multidisciplinares**

O doente e o cuidador estão envolvidos ao longo de todo este processo



Referenciação multidisciplinar requer sempre uma avaliação:

**Médica
Enfermagem
Social**

A referenciação à rede implica obrigatoriamente a existência de critérios clínicos, sendo que as situações apenas de vulnerabilidade social não podem ser referenciados á rede

UTENTES COM NECESSIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE

CRITÉRIOS DE **EXCLUSÃO** EM UNIDADES DE INTERNAMENTO NA REDE:

Doente com episódio de doença em fase aguda
Doente que necessita exclusivamente de apoio social
Doente cujo objetivo do internamento seja o estudo diagnóstico
Doente que requeira exclusivamente cuidados paliativos quando não se trate de admissão em unidade de cuidados paliativos
Doente infetado cujo regime terapêutico inclua medicamentos de exclusivo uso hospitalar



Dificuldades?

- Identificação de problemas
- Dificuldade dos profissionais em entender a natureza das UCC, suas limitações e obrigações
- Constituição das EGA
- A rede "obstruída"
- Os "erros" de referenciação
- As ULD como último recurso
- A incapacidade das famílias, do sistema político e de saúde no apoio às famílias
- Tempo de espera
- Critérios de referenciação pouco expressivos:
 - Falta de informação
 - Patologias associadas
 - Medicação habitual
 - Exames complementares
- Gestão de expectativas



Cenário atual

Respostas sociais privadas caras
Envelhecimento da população e maior grau de dependência
Agravamento das condições socioeconómicas familiares
Falta de apoio familiar
Serviços pressionados para altas precoces

Nº camas das UCCI disponíveis < necessidades
Altas para RNCCI de doentes a necessitar de apoio social exclusivo
Infecções nosocomiais
Risco aumentado de Infecções cruzadas/ Aumento agudizações
Reabilitação prejudicada



METAS

- Melhorar articulação entre os Cuidados Primários e os Cuidados Hospitalares
- Mais camas de apoio domiciliário, nomeadamente para reabilitação
- Maior envolvimento da família, da sociedade civil e dos Autarquias



BIBLIOGRAFIA

<http://www.arslvt.min-saude.pt/>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Rede nacional de cuidados continuados integrados. Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa: UMCCI.



Apêndice VI

Cronograma Atividades - Opção II - Projeto de Estágio - Fase de Execução

	Ano	2016														2017					
	Mês	Set	Out	Out	Out	Out	Nov	Nov	Nov	Nov	Dez	Dez	Dez	Dez	Dez	Jan	Jan	Jan	Jan	Fev	Fev
	Dias	26- 2	03- 09	10- 16	17- 23	24- 30	31- 06	07- 13	14- 20	21- 27	28- 04	05- 11	12- 18	19- 25	26- 01	02- 08	09- 15	16- 22	23- 29	30- 05	06- 12
	Semana	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			13	14	15	16	17	18
	Locais de Estágio	ECCI										UVM									
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1																				
	2																				
	3																				
	4																				
	5																				
	6																				
	7																				

Férias de Natal

